



HAL
open science

Rétablissement, texture psychique et plasticité institutionnelle : approche interdisciplinaire des processus de changement

Hélène Réglé

► **To cite this version:**

Hélène Réglé. Rétablissement, texture psychique et plasticité institutionnelle : approche interdisciplinaire des processus de changement. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2019. Français. NNT : 2019USPCC051 . tel-02902818

HAL Id: tel-02902818

<https://theses.hal.science/tel-02902818>

Submitted on 20 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U-S-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITE SORBONNE PARIS CITE

UNIVERSITE PARIS DIDEROT

Centre de Recherches en

Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS – EA 3522)

ED Recherches en psychanalyse et psychopathologie (ED 450)

université
PARIS
DIDEROT
PARIS 7

THESE DE DOCTORAT

pour l'obtention du grade de **Docteur en psychopathologie et psychanalyse**

**RÉTABLISSEMENT, TEXTURE PSYCHIQUE
ET PLASTICITÉ INSTITUTIONNELLE**

- Approche interdisciplinaire des processus de changement -

Présentée et soutenue publiquement à l'Université Paris Diderot le 8 avril 2019

par **Hélène RÉGLÉ**

devant le Jury composé de :

Bernard Pachoud, Pr, Université Paris Diderot - *Directeur de thèse*

Alain Vanier, Pr émérite, Université Paris Diderot - *Président du jury*

Cyrille Bouvet, Pr, Université de Nanterre - *Rapporteur*

Arnaud Plagnol, Pr, Université Vincennes - Saint Denis - *Rapporteur*

Yves Clot, Pr, Chaire de Psychologie du Travail du CNAM - *Examineur*

Manuella de Luca, Pr, Université Paris Descartes - *Examinatrice*

Yves Sarfati, Psychiatre, Psychanalyste - *Examineur*

Manuscrit conforme à la version du jury de soutenance,
compilée sous L^AT_EX le *21 décembre 2018*.

Résumé

Ce travail s'inscrit dans un espace de recherche clinique interdisciplinaire, à un croisement entre la psychanalyse et les sciences physiques. Il prend pour objet le « rétablissement » de la psychose, décrit par les personnes qui en ont traversé l'épreuve comme une transformation subjective, non-linéaire et irréversible, où la maladie, toujours présente, n'est plus centrale dans une vie maintenant soutenue par d'autres centres d'intérêts. L'approche interdisciplinaire a permis de faire un pas de côté pour saisir ce que pouvait être les grandes lignes d'une telle transformation et d'en retracer les conditions de possibilité. L'identification des facteurs internes et externes impliqués dans les processus de transformation naturelle nous a conduit par analogie à préciser des facteurs individuels et surtout environnementaux les plus susceptibles de favoriser le processus de rétablissement. Partant de la notion de « plasticité », nous avons tout d'abord proposé d'adjoindre à la notion de structure celle, issue de la physique, de « texture » psychique, qui caractérise la trace d'un « rapport au monde » dans l'actuel, singulier et évolutif, à la manière d'un texte qui s'actualise de manière vive en fonction des rencontres avec le monde réel. La transformation texturale que constitue le rétablissement, en tant qu'on le considère comme le passage d'une position existentielle à une autre, peut alors être décrit comme un processus non-linéaire de germination d'une nouveauté dans un environnement « métastable » où est introduit une perturbation. Cette transformation individuelle modifiant l'environnement même qui a permis son occurrence, nous introduisons la notion de « plasticité institutionnelle » pour décrire la qualité d'une institution qui serait en capacité de soutenir ce mouvement psychique. Cette qualité du lieu à se laisser affecter par ceux qui le traversent est illustrée par deux exemples d'institutions contrastés, l'une travaillant selon l'approche de la psychothérapie institutionnelle et la seconde selon une approche plus traditionnelle.

Mots clés. Rétablissement - Psychiatrie - Plasticité - Institutions

Remerciements

Ce travail de thèse a été réalisé au sein du Centre de Recherche, Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS) dont l'UFR de rattachement est l'Institut Humanités, Sciences et Société de l'université Paris Diderot. Il a bénéficié d'un soutien ponctuel du programme « La Personne en Médecine » dans le cadre d'un appel à projet m'ayant permis de séjourner quelques semaines dans des institutions en Angleterre et de financer la venue de plusieurs conférenciers à l'université.

Je remercie tout d'abord Bernard Pachoud, qui a accepté d'être le directeur de cette thèse, pour les discussions de fond que nous avons eues sur le rétablissement, et pour l'autonomie qu'il m'a laissée dans la conduite de cette recherche empruntant des voies qui ne sont pas toujours celles qu'il défend le plus. Je tiens à remercier également Karl-Léo Schwering et Marie Koenig pour leurs critiques régulières, en tant que membres de mon « comité de suivi » tout au long de ce travail.

À Alain Vanier, qui m'a encouragée dans cette voie dès les premières phases du projet et m'a plus tard fait l'honneur de présider mon jury de soutenance. Nos rencontres ont toujours été riches et constructives pour l'élaboration de ce dialogue entre ces approches souvent perçues comme divergentes du rétablissement et de la psychothérapie institutionnelle.

Mes remerciements chaleureux aux enseignants-chercheurs sollicités pour lire et évaluer mon manuscrit, Arnaud Plagnol et Cyrille Bouvet, qui ont accepté d'en être les rapporteurs. À mes examinateurs, Yves Sarfati et Yves Clot, dont j'avais déjà suivi les enseignements en Master de Clinique du travail, ainsi que Manuella De Luca. Merci pour votre lecture attentive de chercheurs et de praticiens qui me donne envie de poursuivre ce travail.

À Pierre Prunnaud, pour ton soutien dans mes moments de doute, tes apports précieux dans nos réunions hebdomadaires du club, tes relectures de mes chapitres « en cours », et nos discussions à l'heure du déjeuner sur les fondements et l'actualité de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle.

À mes collègues du club thérapeutique Catherine, Elsa, Laetitia, Patrick, à mes amies Silvia Rochet et Sophie Guiroy, sans nos synthèses, nos séminaires improvisés et nos échanges poursuivis « Au Val », chez moi ou chez vous, je ne serais pas arrivée à cette élaboration.

Je souhaite également remercier mes collègues du centre recherche d'Arcelor-mittal qui m'ont suivie de loin dans cette intrigante excursion sur les transformations de phases. A Thierry Iung qui m'a fait confiance et m'a laissé le temps nécessaire à l'élaboration de ce travail. A Didier Huin pour sa relecture attentive de mes résumés de thermodynamique.

A ma mère, pour tes relectures au fond du jardin, ton soutien indéfectible, nos discussions de fin de semaine et tes « Na... und ? » songeurs qui m'ont obligée à davantage de pragmatisme.

Aux adhérents et non-adhérents, patients de passage, ainsi que le personnel des structures que je ne cite pas, mais sans lesquels je n'aurais pu saisir la complexité de ce qui est en jeu.

Merci pour votre soutien.

Table des matières

Introduction	1
1 Approche interdisciplinaire du changement psychique	7
1.1 Inspirations de la science « classique »	9
1.1.1 Stabilité, instabilité, métastabilité	9
1.1.2 Thermodynamique classique et psychanalyse	11
1.2 Nouveaux paradigmes scientifiques	16
1.2.1 Dialectique de l'ordre et du désordre	16
1.2.2 Éléments de la théorie du chaos	20
1.3 Science, psychanalyse, psychothérapie	26
1.3.1 Processus transversaux	26
1.3.2 Approche par la psychothérapie institutionnelle	30
2 La perspective du rétablissement	35
2.1 Historique du « recovery movement »	36
2.1.1 Filiation conceptuelle du rétablissement	36
2.1.2 L'émergence du mouvement militant	43
2.2 La notion de « rétablissement »	52
2.2.1 Le rétablissement « existentiel »	53
2.2.2 Modélisation du processus de rétablissement	58
2.2.3 Les « déterminants » du rétablissement	66
2.3 Rétablissement et résilience	73
2.3.1 Convergences et divergences entre les deux perspectives	74
2.3.2 Soutien social au processus	75
2.4 Mise en pratique du rétablissement	76
2.4.1 Soutien par les pairs et groupes d'entraide	77
2.4.2 La réhabilitation psychosociale	78
2.4.3 Méthodes originales pour l'insertion professionnelle	81
2.4.4 Efforts de ré-orientation globale des services de soin	85
2.5 Un discours propre des usagers?	88
2.5.1 Critiques adressées au mouvement	88
2.5.2 Métaphore pour des subalternes qui parlent	91
3 Rétablissement et plasticité - Structuration et texturation	97
3.1 De la notion de « structure » à celle de « texture »	98
3.1.1 Structure et défauts de structure	99
3.1.2 Plasticité cristalline et processus de structuration	103
3.1.3 Une "structure" ou une "texture" ?	110

3.2	Dynamiques de re-structuration	112
3.2.1	Rétablissement des propriétés	113
3.2.2	Re-structuration et nouvelles propriétés fonctionnelles	115
3.3	Perspectives cliniques	119
4	Conditions structurelles de possibilité de la plasticité	123
4.1	Mécanismes de la plasticité et transformation psychique	123
4.1.1	Le cristal, le vivant, le sujet parlant	124
4.1.2	Approche par les modes opératoires	125
4.2	Charge réelle et réalité de la contrainte	130
4.2.1	De la charge à la contrainte perçue (<i>stress</i>)	130
4.2.2	L'effet de la contrainte perçue (<i>strain</i>)	132
4.2.3	Les stratégies face à la contrainte perçue (<i>coping</i>)	133
4.2.4	Une tension interne source de transformation	135
4.3	Les points saillants de la métaphore	136
4.3.1	Au niveau singulier	136
4.3.2	Au niveau du processus subjectif	136
4.3.3	Au niveau institutionnel	137
4.4	Introduction aux deux chapitres suivants sur la pratique de la plasticité	138
4.4.1	L'institution du chapitre 5	138
4.4.2	L'institution du chapitre 6	139
5	Plasticité institutionnelle en pratique	141
5.1	Distinction entre Club et Groupe d'entraide mutuelle	142
5.1.1	Spécificités de « surface »	142
5.1.2	Spécificités de « fond »	144
5.1.3	Fondement historique des clubs thérapeutiques	146
5.2	Sous-jacence théorique des clubs	149
5.2.1	Abord psychanalytique des psychoses	149
5.2.2	L'importance de l'ambiance	155
5.2.3	Processus d'institutionnalisation	157
5.2.4	Agencement d'un Collectif	158
5.3	Le Club des Peupliers	161
5.3.1	Aller au Club	162
5.3.2	Ce qui s'y passe au quotidien	163
5.3.3	Le club comme support d'inscription	166
5.3.4	Maintenir l'hétérogénéité	173
5.3.5	Institutionnalisation d'une nouveauté	176
5.4	Plasticité institutionnelle	179
5.4.1	La « texture » du club	179
5.4.2	Mécanismes d'auto-production	183
5.4.3	Pratique de la plasticité institutionnelle	186
6	Défaut de plasticité institutionnelle et opportunités de mouve- ments individuels	189
6.1	Introduction	189
6.2	Usage des injonctions normatives	191
6.2.1	La bientraitance dans les établissements médico-sociaux	191
6.2.2	Tentatives de définition du concept	193

6.2.3	Une question d'éthique	197
6.3	Mise en place d'un groupe de travail	198
6.3.1	Description de l'association demandeuse	198
6.3.2	L'organisation au quotidien	200
6.3.3	La demande du département <i>Qualité</i>	201
6.3.4	Déroulé des premières séances de travail	202
6.4	Les sphères de la bien-traitance	203
6.4.1	Bientraitance du personnel	203
6.4.2	Bientraitance des personnes accueillies	209
6.4.3	Casuistique d'un foyer de vie	213
6.5	Plasticité et ligne de fuite	217
6.5.1	Ligne de fuite	217
6.5.2	Plasticité institutionnelle et « surface de charge »	220
6.6	Mise en perspective éthique	222
6.6.1	Un agencement stratifié	222
6.6.2	Propositions d'inflexions institutionnelles	225
7	(R)établissement et plasticité institutionnelle	231
7.1	Le rétablissement, un mouvement psychique	231
7.1.1	Une transformation non-linéaire	231
7.1.2	Une issue au sein d'un paysage existentiel	232
7.1.3	Plasticité structurale et « texture psychique »	234
7.1.4	Tensions internes et modes de relaxation	234
7.1.5	Passage d'une position existentielle à une autre	235
7.1.6	Mobilité et force motrice	236
7.2	Les établissements et le rétablissement	237
7.2.1	Plasticité institutionnelle	237
7.2.2	Incidences du mode de gouvernance	239
7.2.3	<i>Empowerment</i> des personnels	240
7.3	Glissements de sens	241
	Conclusion	245
	Bibliographie	251
	Annexes	267
A	Annexe au chapitre 2 - La notion de résilience	269
A.1	Tentative de définition	269
A.2	Historique du concept	270
A.3	Le fondement théorique : la théorie de l'attachement	272
B	Annexe au chapitre 2 - L'étude Eqolise sur l'emploi soutenu	277
B.1	Objet de l'étude pan-européenne	277
B.2	Méthodologie de l'étude	278
B.3	Résultats de l'étude	278

C	Annexe au chapitre 5 - Les quatre discours de Lacan	281
C.1	Construction de la structure d'un discours	281
C.2	Les quatre discours	285
C.3	Passage d'un discours à un autre	287
C.4	Phénomène de dislocations partielles dans les cristaux	288
D	Annexe au chapitre 6 - Les différentes approches éthiques et l'éthique de la discussion	295
D.1	Approche téléologique	296
D.2	Une nature sans finalité	299
D.3	Approche déontologique	299
D.4	Bipolarité et complémentarité des approches	302
D.5	L'éthique de la discussion d'Habermas	304

Acronymes et abréviations utilisés dans le texte

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APEI	Association d'amis de parents d'enfants inadaptés
ARS	Agence régionale de santé
ASM-13	Association de santé mentale du 13 ^e arrondissement de Paris
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CniGEM	Collectif national inter Groupes d'entraide mutuelle
CNSA	Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
Fasm Croix-Marine	Fédération d'aide à la santé mentale (maintenant Santé Mentale France)
Fnapsy	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
NHS	<i>National health service</i> (UK)
NIMH	<i>National institute of mental health</i> (US)
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
<i>i.e.</i>	<i>id est</i> (c'est-à-dire)
<i>e.g.</i>	<i>exempli gratia</i> (par exemple)

Introduction

Le travail présenté dans ce manuscrit s'inscrit dans un espace de recherche clinique interdisciplinaire, à un croisement entre la psychanalyse et les sciences physiques. Son objet de recherche est le « rétablissement » des personnes vivant avec une psychose, promu dans le domaine de la santé mentale comme paradigme alternatif à l'approche médicale traditionnelle, visant la guérison ou au moins la rémission des troubles, alors que le rétablissement est centré plutôt sur le devenir de la personne. Cette notion de rétablissement désigne d'abord un fait, décrit dans les récits de ceux qui en ont traversé l'épreuve, comme un nouveau rapport au monde et aux autres qui émerge dans un processus non-linéaire. Il a été, et est encore parfois, un objet de revendication pour des patients ou ex-patients qui militent pour sa reconnaissance. Cette perspective est désormais considérée par les professionnels, mais aussi par les "décideurs" des politiques de santé mentale – d'abord dans les pays anglo-saxons et maintenant en France – comme une raison de réorienter les institutions de soin « vers le rétablissement ». Un large courant de recherche, au plan international, porte sur la manière dont cette réorientation peut se faire en respectant – et si possible en soutenant – le processus individuel de rétablissement. Ces travaux sont particulièrement portés par le courant de la réhabilitation psychosociale et visent l'autonomie et "l'inclusion" dans le monde ordinaire.

La problématique traitée dans la thèse s'inscrit dans cette actualité de la recherche, celle de l'accompagnement, en particulier institutionnel, qu'il est possible d'apporter au processus de rétablissement d'un individu. Nous pensons que les mesures essentiellement sociales actuellement mises en place, sont nécessaires mais non suffisantes pour promouvoir ce que nous qualifions de changement de position existentielle. Notre hypothèse est que le rétablissement individuel demande une attention plus singulière au processus non-linéaire dont il est question, et, en pratique, le renoncement aux visées normatives (y compris de rémission clinique, désormais considérée comme un moyen, et non comme une fin). Pour étayer cette hypothèse, nous ferons un détour par la dynamique des systèmes matériels dont nous pensons qu'elle peut enrichir de métaphores fécondes notre compréhension de tels mouvements psychiques. L'objectif est de

cerner les conditions de possibilité d'un tel mouvement subjectif, et en particulier ses conditions environnementales, notamment institutionnelles, pour qu'une structure soit à même de promouvoir ce mouvement. Nous nous attacherons, dans le même temps, à proposer une conception psychanalytique du processus de rétablissement.

Le rapprochement interdisciplinaire entre la psychanalyse et les sciences physiques n'est pas nouveau. Dans ces deux disciplines, on est amené à parler d'énergie, d'entropie, de travail, d'états métastables... Freud a construit sa théorie à partir de ces notions. Il est passé d'une causalité linéaire à une causalité réticulaire, dont le résultat, s'il est toujours placé dans un cadre déterministe dans l'après-coup, n'est cependant plus prévisible. L'objet du premier chapitre de ce manuscrit est de présenter différentes sources d'inspiration scientifique pour la psychanalyse, depuis la thermodynamique classique de l'époque de Freud, aux nouveaux paradigmes du changement faisant référence à l'émergence de l'ordre par fluctuations. En effet, depuis l'époque de Freud, de nouvelles approches scientifiques ont permis d'aborder des phénomènes pour lesquels les effets obtenus ne sont plus proportionnels aux causes qui les ont déclenchés. Ils sont si sensibles aux conditions initiales, qu'ils ne sont plus prédictibles et que leur évolution paraît d'un "déterminisme aléatoire". Le rapprochement entre ces deux domaines de références apparemment si éloignés peut-il apporter un enrichissement des connaissances ? Loin de l'équilibre thermodynamique et dans un chaos qui n'est qu'apparent, des "structures dissipatives" peuvent notamment survenir et permettre l'émergence d'un ordre local à l'origine d'une nouvelle organisation de la matière. Qu'en est-il de cette dialectique de l'ordre et du désordre dans le psychisme humain ? Peut-on regarder les remaniements psychiques comme un phénomène d'émergence produit par l'inflation chaotique d'une petite perturbation ? Les mouvements psychiques qui semblent se produire lors de "moments intenses" en thérapie en sont-ils le reflet ?

En psychiatrie, le paradigme du rétablissement tend à réorienter – voire à redéfinir – les pratiques de soin, d'accompagnement et de soutien, social ou médico-social, aux personnes ayant des troubles psychotiques. Il est décrit comme une émergence subjective lorsqu'une personne sort d'un rôle de « patient » auquel elle a été assignée pour poursuivre le projet de vie qu'elle a choisi. L'objet du second chapitre de ce manuscrit est tout d'abord de présenter l'état actuel des connaissances sur ce sujet. Que signifie se rétablir ? Comment ce concept, en tant qu'approche, s'inscrit-il dans l'histoire de la psychiatrie ? Quel est son sens dans le discours que tiennent les personnes malades ou en rétablissement, les militants, les décideurs des politiques de santé mentale ? Nous tenterons d'extraire de la littérature les déterminants du processus de rétablissement individuel

ainsi que la façon dont les chercheurs le modélisent. Peut-on lire la position de patient comme un attracteur qui capte dans son bassin toute trajectoire qui s'en approche ? Et le rétablissement comme une bifurcation, une non-linéarité dans un processus autrement répétitif ? Quelles seraient les conditions nécessaires à la sortie d'un tel bassin d'attraction ? Dans la perspective d'un accompagnement à ce changement, quels types de perturbations, de fluctuations devraient traverser le système « soignant-soigné » ? L'écart existant, en particulier dans les pays anglo-saxons, entre les stratégies de réorientation des services et les revendications de certains militants, nous conduira à nous interroger sur le discours attribué aux militants. Ce discours "institutionnalisé" n'est-il qu'une traduction partielle de leur conception originale du rétablissement ? Nous poserons cette question dans le cadre théorique de la métaphore cristalline, développée pour penser la plasticité d'une structure, en évoquant les conditions de possibilité d'un discours propre pour une minorité qui se structure au sein d'une matrice majoritaire.

L'illustration matérielle par la transformation des cristaux à l'état solide, qui est notre source principale d'inspiration scientifique est présentée dans le troisième chapitre. Ce choix n'est pas seulement contingent – en cela qu'il se réfère à notre activité d'enseignement et de recherche pendant plus d'une vingtaine d'années – il est aussi guidé par l'intuition que l'on peut trouver, dans la compréhension de la plasticité d'un cristal, des indices permettant d'éclairer tout type de plasticité. Un cristal, et bien que sa structure soit fixe, est en effet capable de déformation, de structuration et de restructuration internes, sous l'impact des sollicitations de l'environnement. Les progrès fulgurants dans la performance des microscopes électroniques et des calculs algorithmiques des trente dernières années, ont permis de maintenant bien établir les phénomènes physiques sous-jacents à cette plasticité. Dans cet univers de référence, nous aborderons les notions de structure, de texture, de contrainte seuil, de dislocation, de fragmentation, pour en arriver au phénomène catastrophique de recristallisation qui conduit au développement de « nouveaux » cristaux. Cette transformation se produit par la déstabilisation d'un état métastable, lorsqu'une perturbation agite un système sous tension. La « nouveauté », qui relaxe le système et lui confère une nouvelle orientation texturale, est en réalité une entité pré-existante dans ce système. Cette entité – qui ne se repère qu'après-coup – résulte d'une structuration particulière des traces qu'ont laissées les interactions du cristal avec l'environnement extérieur. Plus précisément, nous verrons que le développement de cette entité microscopique est conditionné par le contexte dans lequel elle se trouve, contexte qu'elle actualise par le fait même de son développement. Le potentiel de la transformation paraît alors conditionné par trois éléments : l'existence d'une structuration interne singulière, d'un état de métastabilité, et

d'une perturbation.

Prenant la plasticité dont le cristal fait preuve comme une métaphore de la structuration psychique et ses restructurations dans un champ de contraintes, comme celle du rétablissement, nous aborderons, dans un quatrième chapitre, les conditions de possibilité d'une telle plasticité. Que signifierait un état de métastabilité pour la psyché? Dans quelle mesure les contraintes de l'environnement peuvent être une source de restructuration? Quels types de contraintes peut proposer l'institution? Nous évoquerons les points saillants de la métaphore susceptible d'éclairer la transformation individuelle, son processus, ses conditions, notamment de la part de l'institution supposée promouvoir ce type de processus : une qualité de « plasticité institutionnelle », par laquelle le lieu pourvoyeur de contraintes est institué par les sujets mêmes qui le fréquentent.

Cette plasticité institutionnelle sera illustrée dans le cinquième chapitre par le fonctionnement au quotidien d'une structure particulière du 13^e arrondissement de Paris. Le club thérapeutique dont il sera question, émanation du mouvement de la « psychothérapie institutionnelle », se fonde sur une approche psychanalytique de la maladie mentale et sur une analyse institutionnelle constante de l'aliénation sociale de tous les acteurs du lieu. Il a structuré sa pratique pour qu'une rencontre avec la personne souffrant de troubles psychotiques soit possible. Nous verrons qu'avec les clubs thérapeutiques, la psychothérapie institutionnelle imagine un lieu où il est possible de faire l'expérience de l'autre dans un espace de liberté, de se détacher du statut de soigné et de soignant pour être là, en tant que sujet. Un lieu où la restauration du sens et la reconstruction narrative d'une histoire personnelle sont au premier plan. Finalement, un lieu où se pratique une forme de rétablissement, une certaine forme d'*empowerment*, sans dire son nom, puisqu'il s'y travaille l'émergence du sujet au travers d'une institutionnalisation constante de ses pratiques. Quelles sont les caractéristiques des clubs thérapeutiques? En quoi se distinguent-ils des groupes de pairs, promus pour favoriser le processus de rétablissement, et qui, en France, ont pris la forme de « groupes d'entraide mutuelle »? Par quel processus un changement de position existentielle s'y produit-il? Quels sont ses effets corrélatifs et nécessaires sur le lieu lui-même? A quel travail de la structure et de l'organisation du lieu cela correspond-il?

On trouvera, dans le sixième chapitre, le récit d'une intervention que nous avons menée dans une institution que nous qualifierons de traditionnelle, dont le département *Qualité* désire promouvoir le principe de « bientraitance ». Soucieuse de développer ou maintenir l'autonomie et l'auto-détermination des personnes qu'elle accueille, cette association de parents nous a confié le pilotage d'un

groupe de travail sur ce thème auprès de ses douze établissements. L'analyse institutionnelle faite au sein de ce groupe révèle une structure rigidifiée par un clivage historique entre les décideurs de l'orientation de l'association (les parents membres de son conseil d'administration) et les acteurs ayant une fonction exécutive (les cadres de ses établissements). Nous mettrons en évidence les freins à un travail centré sur le développement du pouvoir d'agir des personnes accueillies, comme l'exigence du maintien de l'ordre et d'une minimisation des risques, davantage liés à la judiciarisation des rapports sociaux qu'à une vulnérabilité foncière du public accueilli. L'absence de confrontation et de dialogue entre les différents acteurs du lieu empêche, pour toute personne qui fréquente le lieu, tout changement de trajectoire qui n'aurait pas d'issue prévisible. L'état de métastabilité – qui s'acquiert naturellement dans les contingences de la vie ordinaire – y est toujours calmé par des décisions prises par les quelques individus qui incarnent le pouvoir et visent à maintenir un statu quo. Dans quelles mesures le mode de gouvernance d'une institution influe-t-il sur sa qualité de plasticité institutionnelle ? Quelles en sont les conséquences pour les personnes accueillies ? L'*empowerment* des équipes de travail et la démocratie sont-ils des préalables à toute tentative de réorientation des services de soin vers le rétablissement ? Peut-on se saisir d'une injonction, comme celle de la promotion de la bientraitance, comme d'une opportunité pour infléchir le mode d'organisation (voire la hiérarchie des valeurs ou priorités) d'une institution ?

Dans le dernier chapitre de ce manuscrit, nous reprenons les différents points qui nous permettent d'extraire une perspective du rétablissement qui diffère sensiblement de celle qui est actuellement promue par les politiques de santé mentale. En tant qu'elle ne vise plus une adaptation au monde ordinaire, au travers d'une compensation de déficits, mais l'habileté à trouver une position satisfaisante dans un monde dynamique, cette perspective implique une conception du rétablissement plus large que celle qui concerne l'individu seul.

Chapitre 1

Approche interdisciplinaire du changement psychique

« Comme chaque fois que j'allais à l'hôpital de mon plein gré, l'enfermement se passait bien. Je dormais beaucoup, j'étais docile, j'arrêtais de réfléchir. Je me laissais aller dans cet espèce de confort qu'offre le système lorsqu'on ne lui résiste plus : horaires réguliers tous les jours, infirmiers qui vous disent ce que vous devez faire... [...] C'était un monde qui restait immobile. »¹

L'intérêt pour le rapprochement métaphorique entre les théories scientifiques du chaos, issues des mathématiques, ou celles de l'émergence, issues de la biologie, et le changement dans des systèmes généraux est manifeste depuis une vingtaine d'années. Ces travaux ont touché de nombreux domaines des sciences d'abord économiques, puis sociales et enfin cliniques. La dynamique des systèmes matériels peut-elle enrichir de métaphores fécondes notre compréhension de celle du psychisme ?

Dans le domaine des sciences humaines cliniques, l'ouvrage récent de Pragier et Faure-Pragier² traite explicitement d'un rapprochement *métaphorique* de ces théories avec la psychanalyse. D'autres travaux à caractère général peuvent être signalés comme ceux de Grotstein³ pour qui la théorie du chaos suggère, plus qu'une métaphore, une *théorie universelle* rattachant les phénomènes émotion-

1. ROSAR, CH., *J'ai survécu à la psychiatrie*, Max Milo, 2013, p. 121.

2. PRAGIER, G. et FAURE-PRAGIER, S., *Repenser la psychanalyse avec les sciences*, PUF, Le fil rouge, 2007.

3. GROSTSTEIN, JS, « Néant, non-sens chaos et le trou noir. L'importance du néant, du non-sens et du chaos en psychanalyse », *Revue Française de Psychanalyse*, 1991.

nels à une théorie unifiée du champ ou de Quinodoz⁴ qui considère ces théories, de façon plus modérée, davantage comme des modèles *analogiques* au fonctionnement du psychisme, au-delà cependant des métaphores.

Dans des domaines spécifiques, on peut signaler les travaux de Bugglin⁵ qui propose des analogies entre la dynamique des attracteurs étranges (théorie du chaos) et le développement de l'espace psychique de l'infans et ceux de Galatzer-Levy⁶ qui remet en question les théories du développement séquentiel à partir de ces nouveaux paradigmes. On trouvera également des analyses cliniques concernant le travail en groupe avec des patients psychotiques dans les travaux de Gimenez⁷ et une re-interprétation de la psychopathologie comme paysage d'attracteurs chez Virole⁸.

Enfin on trouve de rares tentatives de dépassement de la métaphore, sous une formulation mathématique, dans les travaux de Magny-Lecoy et al.⁹, appliquée à des systèmes thérapeutiques familiaux, et plus récemment dans les travaux de Nowak et al.¹⁰, qui appliquent le concept de bassins d'attraction au développement de la personnalité ou dans ceux de Thiétart et Forgues¹¹ qui portent sur la structuration des organisations et des entreprises.

Signalons enfin que l'intérêt de ces théories scientifiques pour la psychanalyse a été discuté par un panel de psychanalystes à l'occasion du 42^e congrès de l'IPA et que la plupart des membres sont restés prudents, même si certains se sont montré convaincus qu'elles offraient un nouveau paradigme à la psychanalyse¹².

Ce chapitre est structuré en trois parties principales. Dans la première, des modèles scientifiques « classiques » du changement sont présentés en prenant essentiellement un point de vue énergétique, dans le but d'introduire les notions élémentaires de cette approche interdisciplinaire, qui a également inspiré les premiers travaux freudiens (paragraphe 1.1). Après avoir souligné les limites de

4. QUINODOZ, J.M., « Transitions dans les structures psychiques et théorie des systèmes complexes », *Revue française de psychanalyse*, 68 2004, Nr. 5.

5. BUGGLIN, E., « Chaos et travail psychique », *Le Coq-héron*, 2009, Nr. 198.

6. GALATZER-LEVY, ROBERT M., « Chaotic possibilities : Toward a new model of development », *The International Journal of Psychoanalysis*, 85 2004, Nr. 2.

7. GIMENEZ, GUY, « La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe : du chaos dissociant à une possible polyphonie », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47 octobre 2006, Nr. 2.

8. VIROLE, BENOÎT, *Sciences cognitives et psychanalyse*, Presses universitaires de Nancy, 1995.

9. MAGNY-LECOY, P. *et al.*, « Les moments intenses en thérapie familiale : phases de bifurcation chaotique », *Génération*, 1995, Nr. 2 ; *Idem*, « Les moments intenses en thérapie familiale systémique : de l'intuition clinique à l'analyse mathématique », *Synapse*, 1995, Nr. 119

10. NOWAK, ANDRZEJ, VALLACHER, ROBIN R et ZOCHOWSKI, MICHAL, « The emergence of personality : Dynamic foundations of individual variation », *Developmental Review*, 25 septembre 2005, Nr. 3-4.

11. THIÉTART, RAYMOND-ALAIN et FORGUES, BERNARD, « La dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations », *Revue française de gestion*, 160 février 2006, Nr. 1.

12. SCHARFF, DAVID E. et PROCCI, WARREN R., « Chaos theory as a new paradigm in psychoanalysis : a contribution to the discussion of models », *The International Journal of Psychoanalysis*, 2002, Nr. 83.

la thermodynamique classique, la vision issue des nouveaux paradigmes scientifiques faisant référence à l'émergence de l'ordre par fluctuations sera abordée (1.2). Dans une dernière partie (1.3), ces modèles récents sont rapprochés de ceux de plusieurs psychanalystes concernant les remaniements psychiques, et les premières résonances qu'ils peuvent susciter avec la praxis de la psychothérapie institutionnelle seront proposées.

1.1 Inspirations de la science « classique »

Nous abordons ici les différents états énergétiques dans lesquels un système peut se trouver et les conditions de sa transformation, en termes de cinétique et de force motrice. Cette introduction nous permettra notamment de définir le vocabulaire spécifique qui sera utilisé dans la suite du manuscrit. Dans une seconde partie nous considérons les progrès de la thermodynamique de la fin du 19^e siècle, qui ont été une source d'inspiration pour la métapsychologie de Freud.

1.1.1 Stabilité, instabilité, métastabilité

Les différents états d'équilibre d'un système peuvent être illustrés, comme représenté dans la Figure 1.1, par l'exemple d'un wagonnet qui évoluerait le long d'une route possédant des monts et des vallées¹³. Cette métaphore présente l'avantage d'introduire de manière simple des notions qui seront explicitées par la suite. L'*énergie interne* qui apparaît en ordonnée du graphique représente l'énergie potentielle pour le mouvement, le changement d'état. Dans une vision classique, elle constitue une force motrice, une sorte de *motivation*, pour le changement. Les minima locaux d'énergie sont des vallées vers lesquelles tout système obéissant aux lois Newtoniennes a une tendance naturelle à évoluer (en l'occurrence sous l'effet de la gravité pour le wagonnet). Ces vallées sont des positions d'équilibre que l'on appelle aussi des *bassins d'attraction*. On reconnaîtra facilement dans les processus qui attirent vers les bassins d'attraction que sont les états stables - minima de l'énergie interne - et vers lesquels tendent naturellement les systèmes matériels, une analogie avec la dimension *économique* de la métapsychologie freudienne, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Stabilité et métastabilité

La position [e] de la Figure 1.1 est un bassin d'attraction qui correspond à un état stable : en l'absence de sollicitations extérieures, il n'évolue plus spontanément¹⁴. C'est aussi le cas pour la position [b], mais comme ce minimum éner-

13. Cette illustration est extraite de DUPEUX, MICHEL, *Aide-mémoire - Science des matériaux*, Dunod, 2005, p. 74.

14. Sur le plan thermodynamique, un système matériel est stable lorsque ses variables d'état ont évolué de sorte que son énergie interne a atteint une valeur minimale.

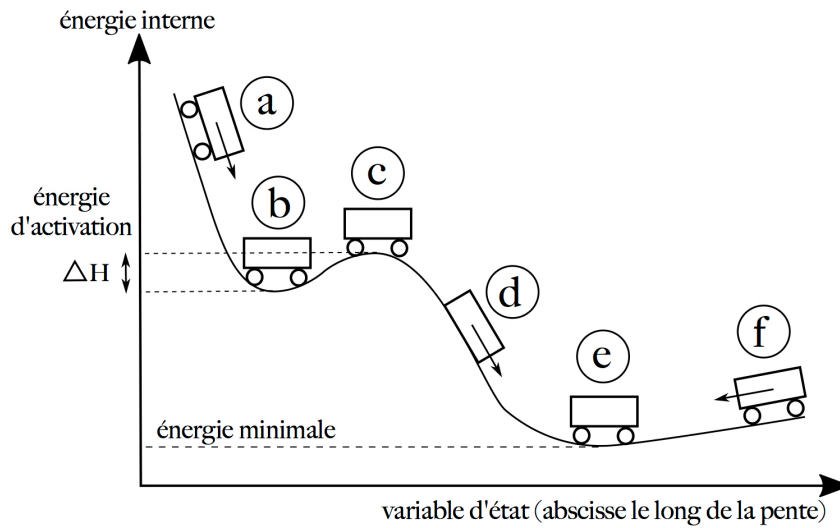


FIGURE 1.1 – Evolutions de l'abscisse d'un wagonnet le long de la route vers un état d'équilibre en fonction de son énergie interne. a) Grand écart à l'équilibre, mécanisme d'évolution efficace : vitesse d'évolution maximale. b) Minimum relatif d'énergie : état métastable. c) État activé, équilibre instable (ΔH = énergie d'activation). d) Grand écart à l'équilibre, mécanisme d'évolution inopérant : vitesse d'évolution faible ou nulle. e) Énergie minimale : état stable. f) Mécanisme d'évolution efficace mais faible écart à l'équilibre : vitesse d'évolution faible ou nulle.

gétique n'est que local, on dira que l'état est « métastable » : une *perturbation* éloignant le wagonnet de la position [b] a pour effet que celui-ci y retourne spontanément, à moins que celle-ci n'exécède une valeur seuil (ΔH , appelée « énergie d'activation »), où le système atteindra une position [c] (dite *activée*) qui lui permettra d'évoluer vers un niveau d'énergie plus bas.

Dans certains cas donc, les fluctuations autour de la position d'équilibre sont vouées à la régression (et le système reste dans sa vallée), mais dans d'autres cas, celles-ci s'amplifient (ou sont amplifiées artificiellement) et rendent le système instable.

Dans la dynamique des systèmes matériels, ces perturbations peuvent être induites par un apport énergétique extérieur, comme un flux de température (mais elles peuvent aussi provenir de sources internes s'il existe un effet autocatalytique par exemple). L'agitation thermique entraîne un mouvement brownien des atomes qui permet une fluctuation dans leur position rendant *instable* l'état métastable, avant qu'ils ne se lient à d'autres atomes pour finalement réorganiser localement la structure dans une configuration de moindre énergie.

Le passage d'un bassin d'attraction à un autre dans les systèmes matériels im-

plique donc une déstabilisation par l'introduction d'un certain degré de désordre.

Instabilité

En dehors des situations de stabilité ou de métastabilité, le système est *instable*, c'est-à-dire qu'il évolue *spontanément* vers des états d'énergie plus bas.

Les positions [a] et [f] sont des positions instables qui conduisent spontanément le wagonnet vers des positions d'équilibre, mais la cinétique de l'évolution sera plus grande depuis la position [a] car l'énergie potentielle est plus importante (l'énergie de l'état de départ [a] est très éloignée de celle de l'état final [b]).

La position [c] est également une position instable, mais elle a la particularité d'être un « équilibre instable » : une *infime perturbation* conduira le wagonnet vers un autre bassin d'attraction (ici, plus de notion d'énergie seuil, le système évolue bien de façon spontanée), mais il ne sera pas possible de prévoir la direction - vers [b] ou [e] - dans laquelle le wagonnet va *bifurquer* (une infime perturbation n'étant pas mesurable).

Etat stationnaire hors équilibre

Enfin, lorsqu'il se trouve dans la position [d], le wagonnet, à l'instar de la position [a], possède une grande énergie potentielle... mais il n'a pas de roues. Autrement dit, le mécanisme par lequel devrait s'effectuer la transformation (rouler) n'est pas opérant. Cette position correspond à celle d'un système avec une grande force motrice, mais avec une « mobilité », c'est-à-dire une habileté au mouvement, faible ou nulle.

Il s'agit d'un *état stationnaire hors-équilibre*. Il est difficile d'imaginer, en l'espèce, que le wagonnet "se fabrique" des roues, mais nous verrons que, dans des conditions particulières, des systèmes matériels se trouvant loin de l'équilibre (grand écart entre les niveaux d'énergie [d] et [e]), peuvent s'auto-organiser de sorte que l'évolution soit néanmoins possible. Gardons l'idée que l'évolution depuis la position [d] est possible à condition qu'un mécanisme de transformation soit opérant.

1.1.2 Thermodynamique classique et psychanalyse

Nous venons d'aborder les notions de stabilité et d'instabilité d'un point de vue énergétique, ainsi que le passage d'un état à un autre, sans préciser à quelle distance de l'état d'équilibre se trouvait le système et sans évoquer les caractéristiques du nouvel état obtenu. En particulier, nous n'avons pas précisé que l'état d'équilibre thermodynamique, s'il correspond à un minimum d'énergie, correspond également à un maximum d'*entropie* dans la vision scientifique classique. Cette notion est présentée dans la partie suivante, où sont développés succinctement quelques aspects des principes de la thermodynamique classique, mis en perspective avec la métapsychologie freudienne. Nous expliciterons ensuite plus

en détail la notion d'entropie, que l'on rapprochera du degré de désordre, ainsi que les conséquences du 2nd principe de thermodynamique en terme d'évolution naturelle vers le désordre.

Premier principe de la thermodynamique

*Énoncé du premier principe*¹⁵. C'est un principe de conservation de l'énergie qui énonce que la création spontanée d'énergie n'existe pas¹⁶. Lavoisier l'énonce sous la forme « Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme ».

Premier principe et métapsychologie freudienne. Ce premier principe est en lien avec la dimension « économique » de la métapsychologie freudienne, qui aborde les processus psychiques en référence à « l'énergie psychique », une quantité d'excitation qui serait virtuellement quantifiable et susceptible de circulation. Le socle de la dimension économique est le « principe de constance », un principe d'homéostasie psychique, qui vise à maintenir constant le niveau d'énergie interne, par des mécanismes de décharge ou de défense contre une augmentation de l'excitation, et dont Freud déduira le principe de plaisir/déplaisir comme « régisseur du devenir des excitations »¹⁷. Il reprendra explicitement en 1920 les thèses de Gustav Theodor Fechner qui l'exprime en terme de « tendance à la stabilité »¹⁸, et lie ainsi la stabilité au plaisir et déplaisir¹⁹ :

- le plaisir correspond à une diminution de la quantité d'excitation qui oriente vers un état de stabilité;
- le déplaisir correspond à une augmentation de l'excitation qui oriente vers un état d'instabilité.

Pour Freud, à cette époque, la tendance de l'appareil psychique, selon un proces-

15. Principe énoncé par Julius Robert von Mayer en 1845, à l'origine du principe d'homéostasie que proposa Claude Bernard en 1850 (principe de régulation qui assure un équilibre dynamique des biosystèmes par un maintien en tension des échanges avec l'extérieur).

16. L'énergie est une variable *extensive* et *conservative* qui fait l'objet d'un bilan (ce qui sort du système est égal au flux vers le milieu extérieur) : Lors d'une transformation, toute diminution (ou augmentation) de l'énergie totale d'un système fermé produit une augmentation (ou diminution) de l'énergie du milieu extérieur, la variation d'énergie totale étant égale au travail W et à la quantité de chaleur Q échangée avec l'extérieur : $\Delta E = Q + W$.

17. FREUD, S., « Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique (1911) », *Œuvres complètes*, vol.11, 1998.

18. « Pour autant que les impulsions conscientes sont toujours en relation avec du plaisir ou du déplaisir, plaisir et déplaisir peuvent aussi être pensés dans une relation psychophysique avec des conditions de stabilité et d'instabilité, et l'on peut à ce sujet fonder l'hypothèse, qu'il me faudra ailleurs développer plus avant, selon laquelle tout mouvement psychophysique qui franchit le seuil de la conscience est affecté de plaisir dans la mesure où, au-delà d'une certaine limite, il se rapproche de la stabilité complète, est affecté de déplaisir dans la mesure où, au-delà d'une certaine limite, il s'en écarte; tandis qu'entre ces deux limites, que l'on peut caractériser comme seuil qualitatif du plaisir et du déplaisir, existe une certaine étendue d'indifférence esthétique... » (note en bas de page : « esthétique » est employé ici au sens ancien de relatif à la sensation ou à la perception). G. Fechner dans « Einige Ideen zur Schöpfungsgeschichte und Entwicklungsgeschichte der Organismen » (1873, Section XI, appendice, p. 94), cité par Freud dans Au-delà du principe de plaisir, OCF.P, T.XV, p.278.

19. *Idem*, « Au-delà du principe de plaisir (1920) », *Œuvres complètes*, vol.15, 2002.

sus primaire, est donc de maintenir la quantité d'excitation aussi basse, ou tout du moins aussi constante que possible. Comme ce principe n'est pas toujours utilisable face aux difficultés du monde extérieur, il est relayé par le « principe de réalité », qui sous l'influence des pulsions d'auto-conservation du moi, impose un ajournement de la satisfaction et la tolérance temporaire au déplaisir, et qui sera abordé dans la suite. Freud précise qu'il ne pense pas à un rapport simple et « moins que tout à une proportionnalité directe » entre la force des sensations et les modifications auxquelles elles sont référées, mais il ajoute qu'« il est vraisemblable que le facteur décisif pour la sensation est le degré de diminution ou d'augmentation dans le temps »²⁰.

On peut rapprocher ce facteur de la force motrice qui pousse le système de la Figure 1.1 à atteindre une position d'équilibre, c'est-à-dire de la *pente* sur laquelle évolue le système et qui permet de différencier les évolutions depuis les positions [a] et [f], dans le sens où la position [a] est susceptible d'un mouvement davantage perceptible.

Second principe de la thermodynamique

Énoncé du second principe. Ce principe énonce que, contrairement à l'énergie, l'entropie²¹ ne se conserve pas. Lors d'une transformation irréversible, il y a toujours une création d'entropie (la création est nulle si la transformation est réversible).

La physique statistique, initiée par Boltzman dans la seconde moitié du 19^e siècle, et dont l'objet d'étude est le comportement macroscopique de systèmes constitués d'un grand nombre de particules (les « corps à x corps », x étant un grand nombre), interprète l'entropie comme une mesure du désordre à l'échelle des constituants microscopiques²². La variation d'entropie ΔS peut donc être associée à une variation du degré de désordre lors d'une transformation impliquant un changement ΔE dans un système.

••• Le lien entre un accroissement d'entropie et la disparition de l'ordre était déjà évoqué par Clausius au 19^e siècle : deux volumes de gaz de températures différentes communiquant l'un avec l'autre évoluent spontanément vers un volume de gaz tiède. L'ordre initial a disparu et l'obtention du mélange s'accompagne d'une augmentation de l'entropie. Boltzmann l'évoque ensuite dans le cadre de la thermodynamique statistique.

Il s'agit d'une interprétation, et pas d'une égalité.

En effet, on ne peut pas directement assimiler entropie et désordre, ne serait-ce que parce que la première est une grandeur *extensive* et la seconde *intensive*.

20. FREUD, *Œuvres complètes, vol.15 2002, op. cit.* (cf. n° 19), p. 278.

21. L'entropie S est une variable extensive, introduite par Clausius en 1865, et définie par le rapport Q / T , où Q est la quantité de chaleur échangée par le système à la température T . Ce n'est pas une variable conservative.

22. Formulation proposée en 1873.

Une grandeur *extensive* est proportionnelle à la quantité de matière, elle augmente avec la taille du système. L'entropie (ou encore l'énergie, la masse, le volume!), sont des grandeurs extensives. La température ou la pression n'en sont pas : lorsque deux systèmes identiques – de volume V_1 , à température T_1 , pression P_1 , d'entropie S_1 – sont réunis, la température finale n'est pas doublée, elle est égale à T_1 pour le système final, de même que sa pression qui reste égale à P_1 . En revanche, son volume est maintenant $2V_1$ et son entropie $2S_1$. Si le degré de désordre était D_1 dans le système initial, il doit être le même lorsque deux systèmes identiques sont réunis : le degré de désordre n'est pas doublé. En tant que grandeur *intensive*, il ne peut donc être « égal » à l'entropie qui est une grandeur « extensive ».

Landbergh²³ a proposé une formulation qui permet d'interpréter l'entropie comme le désordre tout en lui conservant son caractère intensif : $D = S \div k \ln(\Omega)$, avec S l'entropie macroscopique du système (entropie thermodynamique) et $k \ln(\Omega)$ l'entropie maximale à laquelle le système peut prétendre (entropie statistique). Avec cette définition, on obtient bien une grandeur intensive dont le degré de désordre est $D \leq 1$, et dont la valeur tend vers 1 lorsque le système tend vers l'équilibre (c-à-d lorsque l'entropie se rapproche de sa valeur maximale). ●●●

Notons que le 2nd principe énonce que la création d'entropie est théoriquement nulle si la transformation est réversible ; mais dans le monde réel, *toutes* les transformations sont *irréversibles* (le système ne revient pas spontanément en arrière), car il existe toujours une petite source de frottement entraînant une dissipation de chaleur Q . Cette irréversibilité des évolutions, caractérisée par une entropie grandissante, permet d'orienter la « flèche du temps » comme s'écoulant dans une direction parallèle à l'entropie²⁴.

Le second principe signifie donc que l'évolution *naturelle* d'un système isolé s'effectue vers le désordre. Sous certaines conditions un système *ouvert* pourrait en revanche évoluer vers un état plus ordonné. Possible, mais peu probable de façon spontanée s'il ne se trouve pas loin de l'équilibre, cette évolution vers davantage d'ordre aurait alors un *coût entropique*, calculable sur la portion de l'Univers en interaction avec ce système ouvert.

Pour résumer, l'état d'équilibre vers lequel évoluent spontanément les systèmes *isolés* correspond à un minimum d'énergie libre, mais également à un maximum d'entropie. L'entropie de l'Univers²⁵ est donc toujours croissante : selon le second principe, l'Univers tend spontanément vers l'état d'équilibre qu'est le désordre, l'homogénéisation, l'indifférenciation, la symétrie. Boltzman parlait de

23. LANDSBERG, PETER TH, « Time in statistical physics and special relativity », . In The Study of Time, Springer, 1972 et *Idem*, « Usages et limites du concept d'entropie », *Communications*, 41 1985, Nr. 1

24. C'est un constat, car à l'échelle locale, les lois fondamentales de la dynamique qui gouvernent le mouvement des molécules sont réversibles.

25. En thermodynamique, ce que l'on appelle "l'Univers" est constitué du système étudié et de son milieu extérieur, c'est-à-dire, en pratique, de la portion de l'univers en interaction avec le système étudié. "L'Univers" est donc un système isolé.

« mort thermique de l'Univers » pour qualifier cet état d'équilibre où la matière est parfaitement éparpillée.

« Boltzmann fait appel à la notion de "désordre moléculaire" et commente l'idée de "mort thermique de l'Univers" : petit à petit, dans l'Univers (ou du moins, dit Boltzmann, dans la portion de celui-ci qui nous entoure et obéit au deuxième principe de la thermodynamique), le chaud et le froid se transforment en tiède, le rare se mue en commun, l'inhomogène se fond dans l'homogène, l'ordre se transforme en désordre. Le monde est donc condamné à l'uniformité, uniformité incompatible avec l'apparition des structures ordonnées et des individualités telles que les êtres vivants »²⁶

Second principe et métapsychologie freudienne. Le « principe de constance » –lié fondamentalement au « principe de plaisir/déplaisir »– prend sa source dans le 1^{er} principe de la thermodynamique, dans le sens où les deux visent à maintenir la quantité d'énergie aussi constante que possible. Poussée à l'extrême, et au-delà d'une simple homéostasie, la tendance au principe de plaisir devient chez Freud le « principe de Nirvâna »²⁷ (selon la proposition de Barbara Low) dont la fonction est de *réduire à zéro* toute excitation (ce que l'on peut relier aux positions d'équilibre de la figure 1.1 : des états d'énergie minimale et pas seulement constante).

Freud lie donc en 1920 l'atteinte de ce bonheur parfait à la « pulsion de mort », qui désigne, « au-delà du principe de plaisir », un processus de déliaison dans la psyché. Pour lui, l'état d'équilibre –correspondant à une énergie la plus basse possible– serait donc associée à un « retour à l'inorganique », via la pulsion de mort. Cette tendance à la « déliaison », à l'auto-destruction et au « retour à l'inorganique », serait donc cohérente avec le 2nd principe de thermodynamique où l'état d'équilibre correspond également à un maximum d'entropie, d'homogénéité, d'uniformité.

Cependant, en 1924, Freud remanie sa théorie des pulsions en tenant compte du paradoxe inhérent au masochisme²⁸, où l'augmentation de l'excitation de l'ordre de la douleur ou du déplaisir peut être vécue comme un plaisir :

« C'est inconsidérément que nous avons identifié le principe de plaisir déplaisir avec le principe de Nirvâna. [...] Il n'est pas douteux qu'il existe des tensions s'accompagnant de plaisir et de détentes

26. LESTIENNE, RÉMY, *Les fils du temps - Causalité, entropie, devenir*, CNRS Editions, 1990, p. 151.

27. FREUD, *Œuvres complètes, vol.15 2002, op. cit.* (cf. n° 19), p. 329.

28. *Idem*, « Le problème économique du masochisme (1924) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002.

déplaisantes. »²⁹

Il reconnaît que le principe de plaisir n'est pas uniquement un principe *quantitatif* au service de la pulsion la mort et énonce une hypothèse quant au caractère *qualitatif* qui modifie sa définition : « Peut-être s'agit-il du rythme, de l'écoulement temporel des modifications, des montées et des chutes de la quantité d'excitation ». Le principe de réalité, d'ajournement du plaisir et de capacité à supporter le déplaisir, est en quelque sorte intégré au principe de plaisir qui le contient en germe, dans le but d'une satisfaction objectale. C'est-à-dire que le principe de plaisir (la décharge, l'extinction) englobe le plaisir masochique, le plaisir du déplaisir, en tant que montée d'excitation investie, liée libidinalement. C'est ce masochisme primaire que Benno Rosenberg appelle le « masochisme gardien de la vie »³⁰, car il permet de tolérer un continuum d'excitation, garant du maintien de la vie³¹.

Avec ce remaniement de la théorie des pulsions, le principe de plaisir n'est plus homologue au second principe de la thermodynamique. Mais si l'on considère que l'augmentation d'excitation est une façon de mettre le psychisme *hors équilibre*, afin qu'un nouvel état psychique émerge par la décharge, il semble que ces phénomènes puissent être appréhendés par les nouveaux paradigmes scientifiques qui décrivent les transformations qui se produisent très loin de l'équilibre en tenant compte de leur non-linéarité et d'une dialectique entre l'ordre et le désordre.

1.2 Nouveaux paradigmes scientifiques

Le second principe nous dit que "l'entropie de l'Univers est toujours croissante". Cette assertion est toujours vraie, et cependant même si cela a un coût à l'échelle de l'univers, il est néanmoins possible que le degré d'ordre augmente, *localement* et dans certaines conditions.

1.2.1 Dialectique de l'ordre et du désordre

Dans les paragraphes qui suivent, on décrit comment, au delà d'un certain seuil d'éloignement de l'équilibre, des fluctuations apparemment aléatoires peuvent s'amplifier, rendre les systèmes instables et comment des processus *spontanés*

29. FREUD, *Névrose, psychose et perversion*, PUF 2002, *op. cit.* (cf. n° 28), p. 288.

30. ROSENBERG, B., « Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie », *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse* 1991.

31. Le même auteur oppose le « masochisme gardien de la vie » au « masochisme mortifère », où le sujet investit masochiquement la douleur et le déplaisir, comme plaisir de l'excitation au détriment du plaisir de la décharge en tant que satisfaction objectale. A la limite, l'auteur considère que cela équivaut à un abandon de l'objet et à une sorte d'autisme masochique. Comme il n'y a pas de vie psychique sans objet, ce type de masochisme est lethal, d'où son nom de « masochisme mortifère ».

sont alors capables de ré-organiser, de créer de l'ordre, de la vie, de manière et sous une forme imprévisible. En d'autres termes, comment le désordre, inévitablement croissant selon le second principe, peut paradoxalement devenir une source d'ordre.

Les structures dissipatives - Ilya Prigogine

« La thermodynamique des processus irréversibles a découvert que les flux qui traversent certains systèmes physico-chimiques et les éloignent de l'équilibre, peuvent nourrir des phénomènes d'auto-organisation spontanée, des ruptures de symétrie, des évolutions vers une complexité et une diversité croissantes. »³²

En 1977, Ilya Prigogine reçoit le prix Nobel de chimie pour ses découvertes concernant les « structures dissipatives », exprimant que le fait que « loin de l'équilibre thermodynamique », la croissance de l'entropie (en d'autres termes, du désordre) peut devenir une source d'ordre au sein de structures, dites dissipatives, qui peuvent survenir par endroit.

Ce phénomène se produit dans des *systèmes ouverts* (qui échangent de l'énergie et de la matière avec l'extérieur), qui se situent *loin de l'équilibre*, et pourvu que l'augmentation d'entropie créée par la transformation irréversible soit évacuée vers l'extérieur, soit par un débit de matière, soit par un transfert de chaleur. Cette structure dynamique de non-équilibre, d'où émerge un nouvel état de la matière, n'existe donc que tant qu'il y a dissipation de l'énergie et que le système est en interaction avec l'extérieur.

Une de leurs caractéristiques fondamentales est que, *bien qu'ils soient gouvernés par des lois déterministes, ils sont non-prévisibles*. Explicitons brièvement pourquoi.

Les fondements physiques changent radicalement. Avec la thermodynamique classique, dont les principes sont exposés plus haut, on calculait les fonctions d'état (comme l'entropie), par définition, en fonction de l'écart entre l'état initial et l'état final de la transformation. Mais les systèmes qui fonctionnent loin de l'équilibre, ne permettent plus de faire l'impasse sur le chemin suivi lors de la transformation.

●●● Quelques définitions peuvent ici guider le lecteur qui ne serait pas familier de ces notions. Ce que l'on appelle *transformation* d'un système est le passage d'un état d'équilibre initial à un état d'équilibre final. Un *état* du système – notion qui ne se définit qu'à l'équilibre – est caractérisé par la *phase* du système (solide, liquide, mono ou biphasé...) et les valeurs des grandeurs *macroscopiques* qui le caractérisent. Ces grandeurs macroscopiques –

32. PRIGOGINE, I. et STENGERS, I., *La nouvelle alliance*, Gallimard, 1979.

uniquement définies à l'équilibre – sont celles qui sont mesurables à l'échelle macroscopique, comme la température, la pression, le volume (au contraire des grandeurs *microscopiques*, comme l'énergie cinétique des particules qui constituent le système ou la force qu'elles exercent sur les parois, qui ne sont pas mesurables macroscopiquement mais dont la fonction de distribution permet d'expliquer la température et la pression – calcul qui est l'objet de la physique statistique).

On appelle ces grandeurs macroscopiques (P, V, T) des *variables* d'état. Elles peuvent être *extensives* (proportionnelles à la quantité de matière, comme le volume) ou *intensives* (non proportionnelles à la quantité de matière, comme la température, la pression). Leur valeur dépend du chemin qui est suivi pour aller de l'état initial à l'état final.

Les *fonctions* d'état (comme l'énergie interne U , l'entropie S) sont des grandeurs *extensives* qui ne dépendent que de variables d'état indépendantes (ce sont des *fonctions* de ces *variables*). Le calcul des fonctions d'état ne dépend pas du chemin suivi, mais seulement de l'état *initial* et *final* (ce sont des "différentielles exactes"). On les calcule à partir du moment où l'on connaît les variables d'état qui caractérisent les points de départ et d'arrivée.

Lors d'une transformation, on calcule les *variables d'état* en approchant son procès par une succession d'états intermédiaires, en considérant que le système revient en permanence dans un état de quasi-équilibre. Mais cela suppose que la transformation se fait *lentement*, sans changement brutal. Ce n'est plus le cas pour les transformations qui se font *loin de l'équilibre* car leur trajectoire n'est plus continue. ●●●

En effet, au-delà d'un seuil d'écart à l'équilibre, de toutes petites forces peuvent avoir de grands effets. La trajectoire évolutive des systèmes ne peut plus être approchée par une succession d'évolutions réversibles. Ils deviennent au contraire instables et *bifurquent* de leur trajectoire d'équilibre pour évoluer par petits sauts selon de nouvelles trajectoires : ils sont *non-linéaires*.

La prévision de leur évolution n'est plus possible et, au fur et à mesure des bifurcations qui l'éloignent de l'équilibre initial, le système peut atteindre une évolution chaotique (qui ne signifie pas « désordre », mais « imprévisibilité »). On parle alors de bifurcations, d'attracteurs et de sensibilité aux conditions initiales, des notions qui seront abordées plus en détail dans la suite.

Ce qu'il est important de retenir de cette introduction est que c'est dans la dialectique de l'ordre et du désordre que peut émerger un nouvel état de la matière, que des populations de "molécules" sont susceptibles, par un phénomène collectif, de structurer le temps et l'espace. L'apparition de la vie, la structuration de formes dans les cellules vivantes en est un exemple. C'est une transition par auto-organisation depuis une "population dispersée" vers un "être unique", une transition depuis le chaos vers l'ordre, la distinctivité, une symétrie brisée.

Oscillations et processus analytique

De nombreux exemples en psychanalyse illustrent la nécessité de cette dialectique entre Eros et Thanatos, entre liaison et déliaison, pour la constitution du Moi, de l'objet ou de la pensée.

L'intégration nécessaire du « masochisme gardien de la vie » dans le principe de plaisir a été évoqué dans la partie précédente. On peut penser également, à propos d'émergence, à la constitution de la relation d'objet³³, et particulièrement à la façon dont l'a formalisée Mélanie Klein en termes de passage d'une position schizo-paranoïde à une position dépressive³⁴. Un remodelage de ces concepts a été proposé par Wilfred Bion sous la forme d'un modèle d'oscillations $Ps \Leftrightarrow D$. Deux points de la théorisation de cet auteur sont particulièrement pertinents par rapport aux nouvelles visions scientifiques évoquées ici. D'une part la position schizo-paranoïde, qu'il baptise « Ps », perd la connotation négative qu'elle avait dans la pensée de Klein, puisqu'il considère que les opérations de clivage permettent de « mettre en question » les anciennes intégrations et liaisons afin d'en recomposer et de découvrir d'autres significations. D'autre part, le processus, symbolisé par la double flèche, est à double sens ; ce n'est plus un modèle d'évolution ou de maturation, mais un modèle de *fluctuations* qui représentent le changement continu des activités de pensée. Bion considère le fonctionnement $Ps \Leftrightarrow D$ comme l'instrument qui permet de mettre de l'ordre dans la complexité de la réalité, rendant ainsi cette dernière accessible à la compréhension. Selon sa conception, les oscillations permanentes de Ps à D permettent de relier des éléments psychiques apparemment sans lien entre eux, jusqu'à ce qu'un insight leur fasse revêtir une signification qu'ils ne possédaient pas auparavant. Bion compare cette opération à un « changement catastrophique », qui n'est pas un désastre, mais une évolution où plus rien ne sera jamais comme avant.

On trouve chez Freud également des références à la nécessité d'un maintien *loin de l'équilibre* de la psyché comme une condition pour que puissent s'opérer des remaniements psychiques. Quand il présente la technique psychanalytique, en particulier, il décrit l'analyse comme consistant étymologiquement en une

33. Pour que le Moi aie une relation nuancée à l'objet, c'est-à-dire que la relation d'objet comprenne une gamme d'attitudes variées, il faut que celui-ci soit structuré de façon complexe. C'est la pulsion de mort, par une désintrinsication bien tempérée, qui permet d'établir les différenciations internes qui constitueront la richesse de l'objet. Toutefois, il ne s'agit pas que celle-ci ne désagrège l'objet, ne le mette en pièce. La pulsion de vie permet de constituer une unité de l'objet, de maintenir sa cohérence interne. Cette double relation pulsionnelle à l'objet peut être illustrée par l'ambivalence de la relation haine/amour.

34. Une position schizo-paranoïde, où la réalité du nouveau-né est constituée d'objets partiels, des mécanismes d'identification projective étant responsables de leur clivage, et une position dépressive où l'enfant expérimente l'intégrité de l'objet et l'ambivalence affective qui y correspond. M.Klein utilise à dessein le terme de « position » signifiant que des retours à la position schizo-paranoïde sont possibles, mais le mouvement général de l'évolution de l'enfant selon sa conceptualisation est bien celle d'un passage vers la position dépressive.

« décomposition » psychique, une désorganisation des pensées, indispensable à la reconstruction, la « recomposition » dont il nous dit également qu'elle est « spontanée »³⁵. Cela n'est pas sans faire penser au positionnement de l'appareil psychique dans une zone chaotique où des points de bifurcations peuvent induire l'émergence d'une nouvelle possibilité de l'histoire, par un processus qui, à l'instar des structures dissipatives survenant loin de l'équilibre, permettent de voir s'inverser la classique évolution vers le désordre. Freud constate à propos de « l'énergie requise pour le fonctionnement de la cure », que « pendant la cure, toute amélioration de l'état de souffrance [du malade] ralentit le tempo du rétablissement et diminue la force pulsionnelle qui pousse à la guérison »³⁶. Il met alors en relief un « principe de privation » dans la conduite de la cure analytique qui vise à « veiller à ce que la souffrance du malade, à un plus ou moins grand degré d'efficacité, ne trouve pas une fin prématurée ». On peut l'interpréter en termes économiques, comme le désir de conserver une force motrice pour le changement, mais là encore, il semble que ce principe de privation soit également à même de préserver un certain seuil de désordre.

D'ailleurs, la méthode même que Freud utilise, celle des associations libres, n'est-elle pas propice à créer une sorte de désordre dans les pensées? Jean-Pol Tassin, neurobiologiste au Collège de France, souligne ainsi ce qu'il appelle la « découverte géniale de Freud » :

« Qu'est-ce que peut signifier le fait de faire des associations libres? C'est aller d'un bassin à l'autre, avec un minimum de contrôle, et ce voyage à travers les bassins exprime à l'analyste la façon dont vous, individu, avez stocké l'information. »³⁷

Revenons maintenant sur la vision scientifique de l'émergence des nouveaux états d'un système afin de comprendre en quoi les fluctuations qui se produisent loin de l'équilibre subvertissent la notion de causalité, la notion de déterminisme laissant alors place à celle d'incertitude.

1.2.2 Éléments de la théorie du chaos

L'objectif est ici de décrire le basculement catastrophique sous-jacent à l'émergence comme prédictible uniquement de manière *probabiliste*, car il se produit selon des processus non-linéaires qui sont très sensibles à l'état initial du système. Nous allons successivement aborder pour cela les notions de bifurcation, d'attracteur et de sensibilité aux conditions initiales.

³⁵. FREUD, S., « Les voies de la thérapie psychanalytique (1918) », *La technique psychanalytique*, PUF, 2010, p. 146–147.

³⁶. *Ibid.*, p. 149.

³⁷. TASSIN, J.-P., « Les sources biologiques de l'excitation », *Enfances & Psy*, 2001.

Bifurcation et irréversibilité

Bifurcation et irréversibilité sont des notions qui font référence au champ de la « thermodynamique non-linéaire des processus irréversibles »³⁸.

On constate que certaines transformations, comme les réactions chimiques, évoluent de façon périodique au cours du temps. On appelle ces réactions des “oscillateurs chimiques” ou des “horloges chimiques”, car l’organisation collective des molécules permet de matérialiser un “temps thermodynamique”. On trouve aussi ce type d’évolution dans d’autres systèmes comme les couples proies-prédateurs, dont les populations évoluent périodiquement en opposition de phase. Ces systèmes oscillent sans se stabiliser entre plusieurs positions d’équilibre. Cet état oscillatoire est un *état stationnaire hors-équilibre*.

Pour une telle réaction, une *petite* perturbation dans le système brise la périodicité, mais celle-ci est néanmoins restaurée si la perturbation cesse (par exemple par l’introduction d’une très faible quantité d’un réactif). En revanche, si elle dépasse un seuil critique, la perturbation induit une instabilité et provoque une transition d’état, c’est-à-dire un nouveau mouvement collectif des molécules. Il s’agit d’un « point de bifurcation » caractérisé par l’inflation chaotique d’une perturbation, et d’où émergent différentes solutions pour l’évolution.

Au point de bifurcation, plusieurs possibilités sont donc ouvertes au système, comme l’illustre la Figure 1.2 schématisant une succession de bifurcations en fourche³⁹.

Si le paramètre λ , en abscisse, mesure la distance par rapport à l’équilibre ($\lambda = 0$ correspond à l’équilibre), on voit sur la Figure 1.2 que la première branche thermodynamique est stable jusqu’à une valeur critique λ_c , où elle devient instable et où une paire de solutions stables nouvelle (b_1, b_2) apparaît. Le « choix » du système entre les trajectoires b_1 et b_2 dépendra de la nature de la perturbation qui viendra le déstabiliser. C’est une perturbation *infinitésimale* qui agit à l’échelle des constituants microscopiques, mais qui suffit à *déterminer* le régime de fonctionnement macroscopique du système. Si d’autres bifurcations suivent la première, l’évolution du système au fur et à mesure qu’il s’éloigne encore de l’équilibre se fait donc par une succession de stades décrits par des lois détermi-

38. Dont font partie, typiquement, les systèmes dissipatifs tels que décrits par Ilya Prigogine : des systèmes loin de l’équilibre qui échangent en permanence de l’énergie ou de la matière avec leur environnement. Donc nécessairement des systèmes *ouverts*, traversés par un flux. L’entropie créée lors d’une transformation dépend des flux et des forces généralisées qui traversent le système. Les flux (de chaleur, de matière) et les forces généralisées (gradient de température, potentiel chimique, forces) sont nulles à l’équilibre. Dans des domaines encore proches de l’équilibre, la dépendance entre les flux et les forces est linéaire (comme la conduction de chaleur dans un thermomètre, où le flux de matière est proportionnel à la température). Mais au-delà d’une valeur limite des contraintes, quand on se trouve loin de l’équilibre, cette linéarité se perd et on entre dans le champ de la « thermodynamique non-linéaire des processus irréversibles ».

39. Schéma d’après PRIGOGINE, I., *La fin des certitudes : temps, chaos et les lois de la nature ; Avec la collab. d’Isabelle Stengers*, Odile Jacob Paris, 1996, p. 79–80

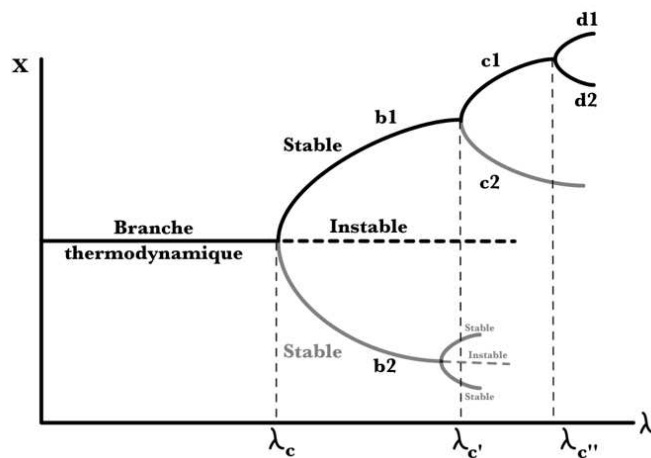


FIGURE 1.2 – Bifurcations successives dans un système de non-équilibre (l'abscisse représente la distance à l'équilibre et l'ordonnée un paramètre de l'état du système).

nistes (des équations qui permettent de calculer la stabilité des états) et des lois probabilistes (le « hasard » des fluctuations qui font basculer le système dans un état plutôt qu'un autre).

Fondamentalement l'évolution reste déterministe (issue de lois), mais *déterminé* ne signifie pas *déterminable* et les scientifiques admettent à présent que l'ordre caché dans le désordre est imprédictible (ils lui donnent le nom de *chaos déterministe*).

Enfin, ces transitions, qui sont la manifestation d'une adaptation du système aux perturbations, aux modifications de l'environnement immédiat, induisent non seulement une structuration spatio-temporelle intrinsèque, mais aussi une *discontinuité* dans l'écoulement du temps. Au contraire du temps homogène des « horloges chimiques », qui caractérisait les états stationnaires hors équilibre, le fait que le système ait évolué selon la branche d_2 de la Figure 2 par exemple, implique qu'il ait emprunté la branche c_1 et la branche b_1 . Autrement dit, cela constitue une histoire singulière de l'évolution du système, qui résulte de ses « choix », son état révélant « après-coup » les traces des événements qu'il a rencontrés.

Pour résumer les conditions d'apparition de ces phénomènes irréversibles, on peut écrire :

point critique \Leftrightarrow **non linéarité** \Leftrightarrow **instabilité** \Leftrightarrow **transition** \Leftrightarrow **organisation**

Bassins attracteurs et « inquiétante étrangeté »

Il est possible de construire un diagramme des points de bifurcations, c'est-à-dire des contraintes qui délimitent les zones oscillantes (périodique) des zones non oscillantes (transition) : « l'espace des phases ». Ces diagrammes représentent l'ensemble des états possibles du système, « autrement dit des *préférences* de la nature, de ses tendances invincibles telles que l'irréversibilité les manifeste »⁴⁰. Si l'évolution est totalement chaotique (au sens d'un chaos non déterministe, du désordre), alors les points envahissent tout l'espace. En revanche, si le processus n'est pas aléatoire, les points ne se distribuent pas totalement au hasard, mais ils ont tendance à se distribuer le long de courbes délimitant des formes bien définies que l'on appelle des « attracteurs ».

Ces formes sont simples s'il s'agit de systèmes simples comme un pendule, où le centre de gravitation constitue un attracteur *ponctuel* si le mouvement s'amortit au cours du temps (cf. Figure 1.3-a)⁴¹, mais où l'attracteur est *circulaire* (ou à *cycle limite*) si le mouvement est entretenu comme pour celui du pendule des horloges anciennes (cf. Figure 1.3-b). Elles sont, en revanche, abstraites et peuvent posséder plusieurs points de convergence pour des systèmes complexes. On les appelle alors des *attracteurs étranges* et on appelle « bassin d'attraction » d'un attracteur, l'ensemble des points de l'espace des phases qui évoluent vers l'attracteur considéré (cf. l'exemple de la Figure 1.3-c de *l'attracteur étrange de Lorentz*⁴²). Plus le système est complexe et présente une grande variété d'états possibles et plus son attracteur est de grande dimension.

Une des caractéristiques des attracteurs étranges est leur nature *fractale*. Mises en évidence par le mathématicien Mandelbrot, ces formes ont une structure qui reste la même, quelle que soit l'échelle à laquelle on la regarde. Quel que soit l'état initial duquel on parte pour tracer les points de bifurcation d'une transformation donnée, on retrouve toujours la même forme de l'espace des phases.

En l'absence de perturbation, le système est comme *capté* par son attracteur dès que les contraintes le font passer à proximité de celui-ci. Par exemple, il est indubitable que sous l'effet de la gravitation, un stylo-bille en équilibre sur la pointe va tomber. C'est une position qui correspond à un attracteur vers lequel sa trajectoire va converger. Mais il existe plusieurs positions sur la table qui sont autant d'attracteurs pour ce système. Alors, va-t-il tomber vers la droite ou vers la gauche ? Une des propriétés remarquables des bifurcations est leur *sensibilité*, dont résulte leur incompatibilité avec le déterminisme. Cette sensibilité fait

40. PRIGOGINE et STENGERS, *op. cit.* (cf. n° 32), p. 207.

41. Schéma inspiré de celui de Dubois M., Atten P., Bergé P. (1987). L'ordre chaotique. In La Recherche, vol.18, n°185, p.191-201.

42. Le météorologue Edward Lorentz (inventeur de "l'effet papillon") a proposé cet attracteur "à deux ailes" en 1963 pour modéliser le comportement chaotique de la convection atmosphérique (il s'agit des cellules de convection dont le cycle sous l'effet d'un gradient thermique a été découvert par Henry Bénard en 1900).

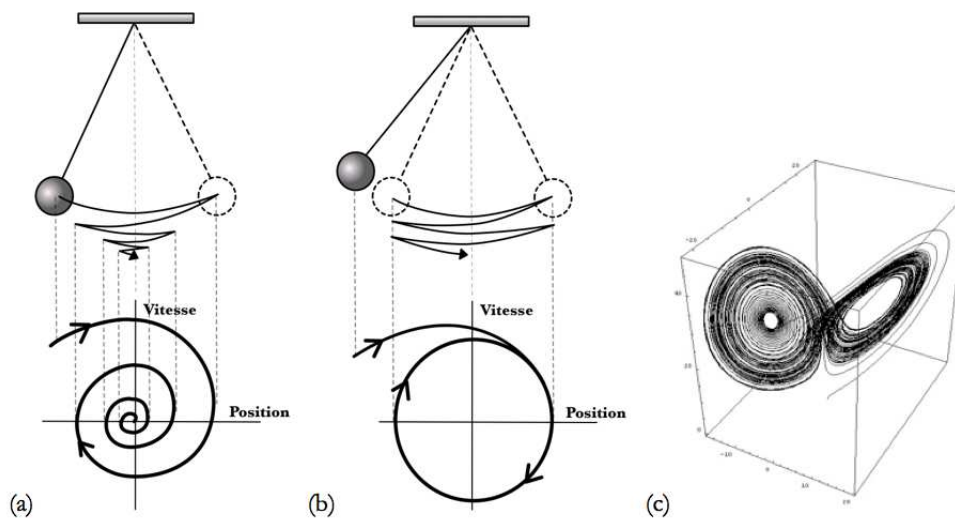


FIGURE 1.3 – (a) Attracteur « ponctuel » d'un pendule non entretenu attiré en un point d'immobilisation - (b) attracteur « circulaire » d'un pendule entretenu - (c) attracteur « étrange » de Lorenz

que le système peut emprunter plusieurs trajectoires totalement divergentes en fonction de sa position initiale. Il est impossible, en effet, de prédire de quel côté le stylo va tomber. Le résultat paraît aléatoire - alors qu'il est parfaitement déterministe - car il dépend de la très faible anisotropie de sa position initiale, de la *brisure de symétrie* induite par le fait que le stylo penche toujours légèrement d'un côté, mais incommensurablement à l'échelle de l'échantillon. Le fait que la bifurcation s'effectue selon une branche particulière, uniquement prévisible de manière probabiliste, est dû à la « sensibilité aux conditions initiales ».

Sensibilité aux conditions initiales et « prédispositions »

Historiquement, ce phénomène d'imprévisibilité est mis en évidence par Poincaré qui démontre à la fin du 19^e siècle que le comportement de trois corps célestes en interaction peut impliquer, selon les équations Newtoniennes, un mouvement s'apparentant à l'aléatoire⁴³.

●●● Il s'agit, d'une manière générale, de résoudre les équations du mouvement Newtonien dans un système à N corps célestes avec $N > 2$ (la motivation principale étant d'étudier la stabilité du système solaire, de savoir si des corps risquent de se percuter ou d'être éjecté hors du système). Dès qu'un troisième corps est introduit, il n'y a plus de solution analytique et la résolution du problème devient mathématiquement difficile. Hormis quelques rares cas pour lesquels une solution exacte a été trouvée, la solution n'est qu'approchée, notamment à l'aide d'un développement en séries, dont la convergence

43. Henri Poincaré, *Les méthodes nouvelles de la mécanique céleste*, Gauthier-Villars, 1892.

est l'objet de la théorie des perturbations. ●●●

Autrement dit, à la question cruciale de la stabilité du système planétaire, la dynamique ne peut plus répondre avec certitude.

Les interactions entre les corps sont fonction à chaque instant de l'état global du système et les équations de la dynamique, qui sont faciles à résoudre pour deux corps mais qui n'admettent plus de solutions exactes au-delà, révèlent alors une grande sensibilité aux paramètres décrivant l'état initial des trois corps. Dès lors, l'incertitude qui pèse indéniablement sur la connaissance des conditions initiales peut empêcher toute prédictibilité, quand bien même les équations ne seraient pas à remettre en question :

« Lors même que les lois naturelles n'auraient plus de secret pour nous, nous ne pourrions connaître la situation qu'approximativement. [...] il peut arriver que de petites différences dans les conditions initiales en engendrent de très grandes dans les phénomènes finaux ; une petite erreur sur les premières produirait une erreur énorme sur les derniers. La prédiction devient impossible et nous avons le phénomène fortuit. »⁴⁴

Dans les systèmes complexes, dont l'évolution ne se déduit plus simplement de celle de ses constituants, notre connaissance se confine donc à une fonction de distribution des trajectoires de l'espace des phases. L'évolution déterministe n'est plus prévisible puisque la sensibilité aux conditions initiales nous dit qu'*une petite perturbation peut avoir de grande conséquence par une cascade de réactions qui s'enchaînent*. C'est la métaphore connue de « l'effet papillon ».

●●● Les remous dans l'air provoqués par un battement d'ailes de papillon peuvent être suffisants pour déclencher une tornade à l'autre bout de la planète. La métaphore a été proposée par le météorologue Edward Lorenz en 1972 lors d'une conférence intitulée « *Predictability : does the flap of a butterfly's wings in brazil set off a tornado in texas ?* » à l'American Association for the Advancement of Science, après qu'il eut fait le constat d'une divergence dans ses calculs lorsqu'il tronquait une donnée initiale à la troisième décimale dans le but d'accélérer les calculs, dans les années 60. ●●●

Mais celle-ci ne doit pas laisser croire que le battement d'aile du papillon est « la cause » de la tornade au Texas. Il aurait tout aussi bien pu l'empêcher ou n'avoir aucun effet. Il s'agit d'une cascade de bifurcations imprévisibles dans les trajectoires, d'un *effet boule de neige*.

Au lieu de cause, il faudrait parler d'élément déclencheur, d'événement, de *rencontre* dirait-on en psychanalyse. Considérons la métaphore du clou qui tomba du fer du cheval, immobilisant son cavalier, et dont l'absence détermina la défaite

44. Henri Poincaré (1912), Calcul des probabilités, Gauthier-Villars.

qui provoqua la chute de l'empire... Le clou du fer à cheval... ou un événement infime qui *prend sens* dans une problématique de changement d'échelle. Quelque chose de contingent, qui aurait pu ne pas arriver, et dont l'avènement n'a d'intérêt que parce qu'il est porteur de sens. En fait, un événement qui le devient *après-coup*, parce qu'il amène une cohérence à la transformation qui s'est produite, qu'il fait advenir de nouvelles possibilités de l'histoire. La particularité de ce nouveau paradigme est donc de reconsidérer la notion de causalité, en démontrant qu'elle est définitivement non-linéaire, mais prise dans un faisceau complexe d'éléments en interaction qui amplifient une fluctuation initiale. L'élément déclenchant ne l'est pas intrinsèquement, mais acquiert cette fonction de cause déclenchante rétroactivement (c'est-à-dire en fonction de son effet).

Si les objets d'études sont incomparables, au moins les processus de changement qui affectent leurs états peuvent présenter des homologies. Les solutions chimiques ou les cristaux n'éprouvent ni angoisse, ni plaisir. La composante émotionnelle de l'action est absente de leur comportement mécanique, ce qui signifie que leur mode d'adaptation à l'environnement ne fait aucunement référence à une quelconque capacité d'anticipation ou d'attribution d'intention à autrui.

C'est donc essentiellement en terme de dynamique du changement que plusieurs thérapeutes ont utilisé métaphoriquement ces notions de bifurcations, d'attracteurs et de sensibilité dont ils montrent le caractère transdisciplinaire.

1.3 Science, psychanalyse, psychothérapie

1.3.1 Processus transversaux

Plusieurs psychanalystes se sont interrogés sur la pertinence de ces concepts scientifiques pour apporter un éclairage nouveau sur la dynamique des processus à l'oeuvre dans le psychisme humain. Cette démarche interdisciplinaire est celle que Freud avait suivie à son époque. Ces nouveaux paradigmes permettent – au moins – de ré-interpréter certaines de ses découvertes ainsi que de ses successeurs, en tant que dynamiques de systèmes complexes.

Relecture des apports de Freud

Freud était soucieux de donner à la psychanalyse un caractère scientifique, et à son époque, la science était soumise au dogme du déterminisme impliquant que l'état instantané détermine univoquement l'état suivant. Ainsi le début de son oeuvre était marqué par la « Neurotica », où il supposait l'existence d'un

traumatisme réel, vécu, dont le refoulement était la cause du symptôme⁴⁵. La guérison impliquait alors la « réversibilité » du processus pathologique et du temps (*per via di levare*). Mais dans une lettre de 1897, il écrit à Wilhelm Fliess « Il faut que je te confie tout de suite le grand secret qui, au cours de ces derniers mois, a lentement commencé à devenir clair. Je ne crois plus à ma *Neurotica* ». Tout en restant déterministe, la causalité n'était plus pour lui considérée comme linéaire. Les théories scientifiques modernes ont depuis montré que dans les systèmes complexes, déterminisme ne devait pas être confondu avec prédictibilité.

En terme de causalité, l'évolution psychique qu'il décrit ensuite semble davantage obéir à des processus non-linéaires, caractérisée par des discontinuités, des changements abrupts sans relation de proportionnalité entre les causes et les effets. Avec le concept de « surdétermination », par exemple, Freud introduit le fait qu'une formation de l'inconscient, n'est pas déterminée par un seul facteur, mais par un réseau de facteurs qui s'organisent en chaînes signifiantes différentes. Dans le cas du rêve, c'est essentiellement le processus de condensation qui rend compte de ce phénomène. Il écrit « . . . un élément du rêve représente pour les pensées oniriques un point d'intersection, un carrefour, et doit, en général, être considéré comme *surdéterminé* par rapport à ces pensées »⁴⁶. Ce degré de complexité rend impossible la "prédiction" du fonctionnement psychique et si Freud n'abandonne pas l'idée de causalité, il lui attribue tout au moins une forme réticulaire. Ainsi insiste-t-il, à propos des modes d'entrée dans la névrose, sur l'absence de causalité unique et sur la pluralité des facteurs déclenchants qu'il observe chez ses patients (« La psychanalyse [...] nous a enseigné à trouver régulièrement la causation de l'entrée dans la névrose dans une situation psychique déterminée qui peut être instaurée par des voies différentes »⁴⁷). Il note également l'importance chez tous de la quantité de libido qui « dans leur économie psychique a subi une élévation, qui a elle seule suffit à bouleverser l'équilibre de l'état de santé et à instaurer les conditions de la névrose »⁴⁸, ce qui peut faire penser à une inflation chaotique précédant une bifurcation.

Le « choix de la névrose » pourrait être interprété, selon Virole⁴⁹, comme une bifurcation chaotique qui dépend fortement de la sensibilité aux conditions initiales. Freud écrit en effet dans son texte de 1912 que celui-ci dépend uniquement des « dispositions », c'est-à-dire des points de fixation dans le développement

45. Dans le "Manuscrit K" (1896), il écrivait à Fliess à propos de l'étiologie de l'hystérie "L'hystérie présuppose nécessairement une expérience vécue primaire de déplaisir, donc de nature passive", y soulignant l'importance du refoulement.

46. FREUD, S., « Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient (1905) », *En ligne sur* In Libro Veritas, p. 230.

47. *Idem*, « Sur les types d'entrée dans la névrose (1912) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002, p. 182.

48. *Ibid.*, p. 180.

49. VIROLE, *op. cit.* (cf. n° 8).

de la fonction psychique vers lesquels « la fonction pourra régresser en cas de maladie déclenchée par un trouble externe »⁵⁰. Les expériences vécues auraient seulement une incidence sur le déclenchement de la maladie et pas sur l'orientation du choix de la névrose. On pourrait alors représenter l'hystérie et la névrose obsessionnelle comme deux bassins d'attraction dans l'espace des phases de la structure névrotique vers lesquels la trajectoire d'un système loin de l'équilibre bifurquerait sous l'effet d'un élément déclencheur. Dans la logique de la théorie du chaos, le *facteur dispositionnel* qu'évoque Freud contribuerait à la sensibilité aux conditions initiales, en tant que pré-disposition à ce choix de névrose. Comme une bifurcation précoce, contingente et non mesurable mais seulement identifiable, dans une logique de l'après-coup, sous la forme d'un événement de l'histoire du sujet qui donne sa cohérence au choix de la névrose.

Enfin, parmi les autres concepts freudiens qui résonnent particulièrement avec les notions scientifiques précédemment exposées, la compulsion de répétition que Freud pointe dans le vécu « d'inquiétante étrangeté » (1919) comme un phénomène de nature angoissante où le moi se trouve confronté à de « l'anciennement connu, au depuis longtemps familier »⁵¹, évoque l'attraction des systèmes complexes vers des bassins d'attraction. La « répétition de ce qui est de même nature »⁵², source du sentiment inquiétant, est « assez forte pour se porter au dessus du principe de plaisir, conférant à certains côtés de la vie d'âme un caractère démonique »⁵³, l'étrangeté ressentie étant dû au refoulé qui fait retour. Il appelle ce phénomène la « contrainte de répétition », et la décrit par la tendance vécue comme incoercible des individus à réitérer certains de leurs actes de façon compulsive : Le sujet répète « au lieu » de se souvenir⁵⁴. Ces processus incoercibles paraissent similaires à l'effet des attracteurs par lesquels sont "captées" les trajectoires d'un système dynamique dès que ses paramètres le font passer à proximité d'un bassin d'attraction. Leur découvreur David Ruelle soulignait d'ailleurs le caractère « psychanalytiquement suggestif » de l'appellation « attracteur étrange » qu'il leur a donnée⁵⁵. La cure a alors pour objectif de mettre à jour les fantasmes organisateurs qui conduisent à ces répétitions. Dans son article sur les transitions dans les structures psychiques, Quinodoz⁵⁶ donne l'exemple des fantasmes inconscients à l'origine d'un comportement de claustrophobie. Il insiste sur le fait qu'au-delà du repérage de ces fantasmes au travers des associations libres du patient, c'est dans la reproduction du symptôme dans

50. FREUD, S., « La disposition à la névrose obsessionnelle - Une contribution au problème du choix de la névrose (1913) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002, p. 190.

51. *Idem*, « L'inquiétant (1919) », *Œuvres complètes*, vol.15, 2002, p. 152.

52. *Ibid.*, p. 170.

53. *Ibid.*, p. 172.

54. *Idem*, « Remémoration, répétition et perlaboration (1914) », *La technique psychanalytique*, PUF, 2010, p. 120.

55. D'après PRAGIER et FAURE-PRAGIER, *op. cit.* (cf. n° 2), p. 31.

56. QUINODOZ, *op. cit.* (cf. n° 4).

la relation transférentielle qu'il repère « des schèmes fantasmatiques répétitifs, qui se reproduisent de manière identique quel qu'en soit le grossissement »⁵⁷, pointant alors l'analogie entre la vie psychique et la nature fractale des attracteurs étranges.

Cette analogie semble d'ailleurs apparaître implicitement chez de nombreux psychanalystes, qui considèrent les représentations, les fantasmes, les interprétations qui émergent d'un ensemble d'éléments psychiques épars d'une manière qui ressemble à celle qui est à l'œuvre dans les processus complexes. Il s'agit d'une transformation du type *métabolisation* d'où se dégage (de la relation mère-enfants, du couple analyste-analysant ou de l'appareil psychique familial) une représentation de "chose" ordonnée à partir d'éléments désordonnés et qui est de nature nouvelle pour la psyché qui la saisit.

La démarche d'autres psychanalystes

Wilfred Bion, notamment, a théorisé la « fonction alpha », comme permettant de métaboliser des représentations, à partir « d'éléments bétas », des éléments bruts perçus de notre environnement, des émotions qui n'ont pas encore de sens⁵⁸. Il attribue de façon prototypique cette fonction à la mère, qui d'une part assure une « contenance » des projections brutes (cris, pleurs,...) de son bébé et d'autre part, et pourvu qu'elle se laisse aller à sa « capacité de rêverie » (le pendant dans la cure analytique en est l'attention flottante de l'analyste), est capable de les interpréter pour renvoyer à l'enfant une élaboration qu'il n'a pas pu encore faire de lui-même. Cette interprétation n'est évidemment pas la "bonne" interprétation de ce que contient la demande de l'enfant, mais elle lui donne du sens⁵⁹. On peut l'interpréter comme donnant une cohérence à des éléments apparemment aléatoires, par un processus de bifurcation depuis un régime chaotique. Le processus en lui-même permettra progressivement à l'enfant de développer sa propre fonction d'élaboration, de faire ce travail de symbolisation qui permet de donner du sens aux événements vécus par association de représentations et donc de construire sa subjectivité. Bion généralisera sa théorie avec le concept « d'appareil à penser les pensées », fait de relations dynamiques entre un « contenant » (le penser) et un « contenu » (les pensées, les « pré-conceptions ») et d'oscillations nécessaires entre les positions schizo-paranoïde et dépressive que l'on peut rapprocher de la notion d'ordre et de

57. QUINODOZ, *op. cit.* (cf. n° 4), p. 1694.

58. BION, W.R. et ROBERT, F., *Aux sources de l'expérience (1962)*, Presses Universitaires de France, 1979.

59. Dans *la violence de l'interprétation*, Piera Aulagnier parle de "violence primaire", pour traduire l'écart existant entre les deux psychés : lorsque l'enfant exprime un besoin dont les mots "ne peuvent pas" rendre compte, l'interprétation que fait la mère des désirs de l'enfant est empreinte de son désir de susciter chez lui un affect de plaisir. Elle transforme donc le besoin en "demande", mais cette dernière a subi la "violence primaire" contenue dans le désir de l'Autre.

désordre, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut.

Toujours en terme de processus, et dans le cadre de systèmes thérapeutiques comme dans la cure, Madeleine et Willy Barranger proposent la notion de « champ » transféro-contre-transférentiel, que l'on peut rapprocher d'une tiercéité, générée par l'adresse à l'autre. C'est en fait une fonction complexe qui s'articule sans pouvoir se réduire à d'autres fonctions, comme l'atmosphère, le cadre et la relation. De la rencontre duale entre l'analyste et l'analysant émerge ce champ, qui permet l'élaboration de représentations nouvelles, c'est-à-dire a priori non présentes chez aucun des deux protagonistes. Claudio Neri⁶⁰ explique ce phénomène en terme de « synchronisation de fonctions somatiques et mentales de base (telles que la respiration, le tonus musculaire, l'anxiété, la décontraction, l'attention) et sur la rupture et l'altération de ces fonctions »⁶¹.

Il est évident, comme on vient de le voir, que les résonances évoquées ci-dessus avec les concepts psychanalytiques ne concernent pas seulement la psyché individuelle, et on comprend facilement que les groupes humains constituent des systèmes complexes susceptibles aussi d'évoluer selon ces processus. Les systèmes groupaux sont complexes notamment parce que le groupe est un espace de mise en commun de fantasmes intrapsychiques qui entrent en résonance collectivement, que les liens intersubjectifs obligés et les mécanismes de défense collectifs qui en résultent, forment un tissage unique qui lui donne son caractère (et se manifeste finalement par des redondances comportementales, des attracteurs). René Kaës a proposé la notion d'Appareil Psychique Groupal pour exprimer cette complexité : une "machine" à traiter les informations du monde externe au groupe, qui est propre au groupe. La réalité psychique qui se constitue dans le groupe serait donc le produit de transformations, de liaisons, qui s'étaient sur les psychés individuelles, mais dont la nature et le degré d'élaboration ne sont pas réductibles à la somme de celles-ci.

Dans la partie qui suit, je donne en guise d'illustration l'exemple des clubs thérapeutiques, issus du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, car il me semble être des systèmes thérapeutiques qui font implicitement résonner beaucoup de ces concepts scientifiques dans le traitement de la psychose.

1.3.2 Approche par la psychothérapie institutionnelle

Parmi les différentes pratiques psychanalytiques, la psychothérapie institutionnelle, et en particulier les clubs thérapeutiques, est une pratique où ces concepts pourraient apporter un nouvel éclairage des processus à l'oeuvre. Je développerai davantage les fondements théoriques de ces groupes de pairs particuliers dans

60. NERI, C., « La notion élargie de champ », *Psychothérapies*, 27 2007, Nr. 1.

61. *Ibid.*, p. 21.

un chapitre ultérieur. L'objectif est ici de commencer à rapprocher les conditions structurelles, nécessaires à la mise en place d'une constellation transférentielle efficace, de celles qui permettent l'auto-organisation d'un système hors-équilibre.

Disons, pour résumer, qu'en proposant de prendre en compte "l'institution" comme tenant lieu d'objet de transfert, la personne peut instituer d'une façon partielle, à l'instar des objets partiels, des investissements de divers ordres sur des personnes, des choses, des espaces. La façon dont elle s'est construite au monde se réactualise alors sous la forme de fragments projetés sur une *constellation transférentielle* au gré de ses affinités. Il s'agit ensuite de rassembler les investissements partiels du sujet, les différents niveaux qui constituent sa réalité psychique projetée sur l'entourage, afin qu'un travail de (re-)construction et d'historicisation puisse être entrepris. Ce travail est suppléé par les réunions de synthèse de l'équipe soignante où s'élabore un contre-transfert institutionnel.

Un lieu ouvert

Le club est un système ouvert dans le sens où la fonction d'accueil y est particulièrement travaillée. Aucune condition n'est exigée, ni demandée pour y venir⁶². Cette ouverture, nécessaire pour accueillir tout ceux qui font la démarche de venir, crée aussi une hétérogénéité dans ce milieu, une « polyphonie désirante » qui favorise un transfert multi-référentiel. L'ouverture se retrouve aussi dans la *libre circulation* des individus et *l'ambiance* qui règne dans le lieu, et permet à la personne d'investir son entourage de façon signifiante. Cette condition d'ouverture du système par lequel la personne est soignée peut impliquer paradoxalement de fermer des ateliers qui fonctionneraient "trop" bien, s'il s'avère qu'ils ne sont fréquentés que par les mêmes personnes, comme un groupe d'amis qui deviendrait difficilement pénétrable. L'ouverture se retrouve également dans ce que Jean Oury appelle *le collectif*⁶³. Elle a pour conséquence que le "potentiel soignant" de chacun est reconnu. Ce qui compte, ce ne sont pas les statuts (le soignant, le soigné), mais au contraire les fonctions partagées par les uns et les autres dans la vie quotidienne, les affinités. La fonction soignante est donc également ouverte, partagée par tous, mais ne peut évidemment se mettre en place que dans un lieu où les statuts sont subvertis.

62. Il n'y a aucune sélection et l'équipe ne demande aucune information, comme un diagnostic ou son dossier médical, lorsqu'une personne arrive : celle-ci est accueillie selon ses dires, dans sa singularité, quel que soit le secteur dont elle dépende ou son état psychique du moment. Ce positionnement atypique permet à une parole de se déployer, qui ne le pourrait pas sinon. De même, dans certains clubs, il n'est pas nécessaire d'avoir le "statut" d'adhérent pour participer aux activités, ce qui permet d'interroger un entre-deux, entre le patient - parce que soigné - et l'adhérent, auquel on ne dénie pas la dimension pathologique.

63. Par opposition à la *collectivité*, définie par l'organisationnel (les normes, la hiérarchie, les statuts, les groupes de malades dans des pavillons séparés selon leurs pathologies) qui isole bien les éléments en groupes homogènes et fermés.

Un lieu traversé par des flux

La conséquence de cette libre circulation est qu'un flux de paroles, de personnes et de possibilités de rencontres, dont l'individu « à le loisir de » se saisir, traverse le système thérapeutique. Dans les clubs, un certain nombre d'activités sont proposées qui, au-delà de leur diversité de contenu, permettent surtout de créer une « tablature institutionnelle », de proposer une multiplicité de lieux possibles d'expression où il s'agit paradoxalement de « programmer l'aléatoire » selon les expressions de Jean Oury, afin que des rencontres *inattendues* puissent se produire. Cela évoque clairement les fluctuations qui sont une condition nécessaire à la déstabilisation d'un système, afin qu'il quitte une branche stable (mais mortifère) de son attracteur et bifurque vers une nouvelle trajectoire. Évidemment, cela vaut aussi pour les soignants et peut prendre la forme de réunions de synthèse très régulières, qui leur permettent de faire fluctuer une représentation éventuellement figée d'un soigné. Mais ces fluctuations ne sont réelles que s'il y a une articulation constante entre le travail de chacun et le travail de tous. C'est un principe de travail qui correspond au concept de *transversalité* de Félix Guattari⁶⁴ où :

« il convient de substituer au système pyramidal, un dispositif horizontal où les multiples réunions permettent à la parole de passer sans “suivre la voie hiérarchique”, où la parole libre permet l'émergence de la parole vraie, où la dimension humoristique soit considérée comme un élément fondamental de la thérapie [...] où l'assujetti devient sujet. »⁶⁵

Trajectoires et bifurcations

La psychothérapie institutionnelle reconnaît implicitement que l'on ne peut pas prévoir ces événements, mais néanmoins en favoriser les conditions d'émergence.

« S'il y a liberté de circulation il y a possibilité de mettre en place pour tout un chacun, d'une façon singulière, non pas des itinéraires mais des chemins qui ne sont pas tracés d'avance et à partir desquels il y aura possibilité de rencontre. C'est-à-dire ce qui arrive par hasard

64. Et qu'il illustre de la manière suivante : « Mettez dans un champ clos des chevaux avec des œillères réglables et disons que le coefficient de transversalité sera précisément ce réglage des œillères. On imagine qu'à partir du moment où les chevaux seront complètement aveuglés, un certain mode de rencontre traumatique se produira. Au fur et à mesure qu'on ouvrira les œillères, on peut imaginer que la circulation sera réalisée de façon plus harmonieuse. [...] Dans un hôpital, le coefficient de transversalité est le degré d'aveuglement de chaque membre du personnel. » GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité (1970)*, éd. La Découverte, 2003, p. 79-80.

65. Ayme, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », *Actualité de la psychothérapie institutionnelle. Vigneux : Matrice 1985* - donc bien une horizontalité dynamique, au contraire d'une horizontalité passive où l'absence de mise en paroles conduirait à la répétition de symptômes (ou *latéralité de symptômes*, comme le gâtisme, l'alitement, la bêtise, selon J. Oury)

et qui va toucher. Un sillon sera tracé d'une façon définitive dans ce que Lacan appelle le Réel et ça changera quelque chose »⁶⁶.

Concrètement, il ne s'agit pas de proposer à une personne d'aller faire tel atelier pour l'occupation qu'il procure, ni pour rencontrer telles personnes, mais bien plutôt ménager le hasard de la *tuché*. Un hasard qui touche quelque chose qui s'inscrit dans le réel, comme une interprétation en analyse, c'est-à-dire au sens où quelque chose émerge qui permet un regroupement et où rien n'est plus pareil après. En somme, un nœud événementiel, une bifurcation qui permet une discontinuité temporelle à partir de laquelle peut s'amorcer la restitution d'une histoire singulière. On voit bien comment ce travail n'est pas réductible à des protocoles, puisqu'il s'agit au contraire d'être réceptif à la quotidienneté, attentif aux moindres détails singuliers qui peuvent avoir un effet de non-linéarité.

Auto-organisation et nouvel ordonnancement

L'auto-organisation dont il est question ici est une narration de soi qui permet au sujet d'accéder à une nouvelle position existentielle. Or l'histoire d'une personne, ce qui marque sa singularité, peut être définie par les discontinuités, les "événements qui font dates", inscrits dans la continuité du temps qui passe. Le processus d'historisation se fait donc au travers d'une inscription, une symbolisation de l'expérience vécue, qui s'articule à d'autres événements afin de faire émerger un sujet.

La psychose limitant l'accès à ce processus métaphorique, il importe donc que le collectif constituant la constellation transférentielle se saisisse de ces traces afin que se produise le travail d'articulation qui permettra aux tout petits rassemblements qui émergent de faire sens, de faire en sorte que ces fragiles fragments d'inscription prennent l'allure d'événement et qu'un processus d'historisation s'amorce, à l'instar d'un petit événement qui prend sens dans la succession des bifurcations qu'il entraîne. C'est un travail d'élaboration qui peut être inconscient mais qui est renvoyé d'une façon ou d'une autre à la personne, par une parole et une façon d'être-là qui ont été modifiés par ce travail collectif. La mise en œuvre de la « fonction alpha » proposée par Bion, où la mère restitue inconsciemment à son enfant quelque chose de plus élaboré que les matériaux bruts qu'elle reçoit de lui est évidente.

Nous avons vu que les nouveaux paradigmes scientifiques du changement découvrent des processus, faisant dialoguer l'ordre et le désordre au profit de l'émergence d'une auto-organisation, dans laquelle les effets obtenus ne sont plus proportionnels aux causes qui les ont déclenchés. Ils semblent alors, au moins sur un plan théorique, pouvoir nourrir une réflexion féconde quant aux

66. OURY, J., Chap. Le corps et ses entours : la fonction scribe In « Corps, Psychose et Institution, ed. P. Delion », érès, 2007.

processus à l'œuvre dans la psyché. Leurs conditions de possibilité résonnent avec des pratiques éprouvées en psychothérapie. En psychiatrie également, nous assistons à ce qui est qualifié par certains comme un changement de paradigme concernant la psychose, depuis celui de la guérison à celui du rétablissement, où la question de fond n'est plus l'évolution de la maladie mais le devenir de la personne. Il s'agit pour la personne de ne plus s'identifier au statut de malade auquel la société a contribué à la réduire, pour reprendre le cours d'une vie satisfaisante, malgré les limitations de sa maladie.

. ~ .

Dans le chapitre suivant, je présente la façon dont ce processus de rétablissement est décrit par les usagers. Nous verrons qu'il ressemble à un processus d'auto-organisation d'un système hors équilibre, qui trouve un nouveau point critique de fonctionnement en sortant de son bassin d'attraction. Parmi les soutiens qu'il est possible de trouver à ce processus, les groupes de pairs, tels qu'ils sont fréquents aux États-Unis sont évoqués. Leur structure permet-elle d'accueillir de manière optimale ce processus d'auto-organisation ? Ces groupes sont-ils toujours le gage d'un gain de complexité ? A quelles conditions peuvent-ils favoriser un changement de trajectoire, vers un autre attracteur plus vivable pour la personne et choisi par elle ?

. ~ .

Chapitre 2

La perspective du rétablissement

Le terme « rétablissement » est une traduction du mot anglais *recovery* sur lequel il n’y a pas réellement de consensus. On retrouve aussi bien ce terme polyvalent en médecine somatique, en addictologie ou dans des contextes médico-légaux. Dans le contexte de la maladie mentale, on peut en distinguer deux versants, qui ne sont pas sans effet l’un sur l’autre. Hormis l’usage médical du terme lorsqu’il est assimilé à la guérison ou à une rémission des symptômes, le rétablissement peut désigner d’une part, un processus intrapsychique (celui qui ressort des récits des personnes qui en ont traversé l’épreuve), et d’autre part, une perspective au sein d’un mouvement militant – *recovery movement* – qui revendique une qualité des soins le rendant possible. Ce sont deux facettes du concept que l’on retrouve parfois dans la littérature sous les noms de rétablissement individuel et collectif et que l’on peut distinguer, ne serait-ce que parce que le rétablissement des personnes est un constat indépendant du mouvement militant, et parce que les personnes qui se rétablissent ne sont pas toutes des militantes de la perspective *recovery* ou des changements dans les pratiques de soin qu’elle revendique.

Pour mieux cerner ce que le terme recouvre, nous revenons tout d’abord sur l’histoire du mouvement militant (paragraphe 2.1). Cela permettra de mieux appréhender les tensions entre l’expérience du rétablissement et le mouvement *recovery* qui influence actuellement les politiques de santé mentale, au moins dans les pays anglo-saxons. Nous aborderons ensuite l’expérience du rétablissement existentiel en tant que cheminement dans le rapport du sujet à sa maladie (2.2), ainsi que les déterminants d’un tel processus. Les convergences et divergences que présente cette approche avec le modèle de la résilience seront présentées dans le paragraphe 2.3. Enfin nous donnerons l’exemple d’approches concrètes développées par des services de soins anglo-saxons qui se revendiquent

spécifiquement « orientés vers le rétablissement » (2.4). Nous concluons par une métaphore en rapport avec la possibilité pour un groupe minoritaire d'avoir un discours propre : celle des conditions de possibilité d'un regroupement, dans une structure propre, d'éléments minoritaires initialement épars dans une matrice cristalline (paragraphe 2.5).

2.1 Historique du « recovery movement »

L'origine du mouvement qui promeut le rétablissement est anglo-saxonne, principalement américaine. Il n'émerge dans le domaine psychiatrique que depuis les années 1990 (parallèlement à la notion "santé mentale") et se fonde historiquement sur toute l'histoire de la psychiatrie, pointant les échecs – en terme de guérison – des méthodes psychothérapeutiques et chimiothérapeutiques, tandis qu'en parallèle il est présenté comme manifeste que des personnes parviennent à se rétablir (c'est ce que montrent plusieurs études longitudinales sur des cohortes importantes telles que celles de Bleuler⁶⁷, Harding⁶⁸, Tsuang, Harrison⁶⁹).

Les militants du rétablissement inscrivent le *recovery movement* dans les mouvements d'émancipation civique américains des années 60 et le présentent généralement comme une « rupture », un « changement de paradigme ». Mais on peut aussi considérer ce mouvement comme inscrit dans une filiation de tentatives de réforme de la psychiatrie.

2.1.1 Filiation conceptuelle du rétablissement

La version qu'en construit Davidson⁷⁰ est singulière dans le sens où il situe le rétablissement dans la lignée des précédentes tentatives d'humanisation de la psychiatrie. Par là même, et bien qu'il soit un des militants du rétablissement dont les ouvrages ont une large audience, il tempère le caractère révolutionnaire du mouvement revendiqué par ses militants. Ce que l'auteur appelle les « racines » du rétablissement ce sont :

« les efforts antérieurs qui ont été faits dans la psychiatrie pour traiter les personnes avec des maladies mentales sévères en tant que personne et pour leur offrir l'opportunité de mener une vie de tous

67. BLEULER, MANFRED, « A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia », *Journal of psychiatric Research*, 6 1968.

68. HARDING, CM *et al.*, « The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I : Methodology, study sample, and overall status 32 years later. » *The American journal of psychiatry*, 144 1987, Nr. 6.

69. HARRISON, GLYNN *et al.*, « Recovery from psychotic illness : a 15-and 25-year international follow-up study », *The British Journal of Psychiatry*, 178 2001, Nr. 6.

70. DAVIDSON, L., RAKFELDT, J. et STRAUSS, J., *The roots of the recovery movement in psychiatry - Lessons learned*, Wiley-Blackwell, 2010.

les jours décente et gratifiante, que ce soit en présence ou en absence de symptômes résiduels. »⁷¹

Davidson s'intéresse tout particulièrement aux mouvements de l'histoire qui ont promu l'*auto-détermination* et le *soutien par les pairs*. Il voit dans les transformations institutionnelles introduites par Philippe Pinel à la fin du 18^e siècle, et au-delà du contraste que cela constitue avec les pratiques fondées sur la contrainte et les coups, une première reconnaissance de la valeur que peut avoir l'engagement de personnes en rétablissement pour fournir des soins aux autres patients.

●●● L'auteur rappelle que Jean-Baptiste Pussin, ancien patient de l'hôpital général, a trouvé un emploi dans ce même hôpital et a gravi les échelons pour devenir « gouverneur de l'emploi de St Prix », c'est-à-dire responsable du secteur des malades mentaux incurables à Bicêtre, au moment où Pinel y arrive. Pussin n'est pas seulement celui qui libéra les patients de leurs chaînes, mais aussi celui qui engagea pour la première fois des patients en convalescence pour prendre en charge le traitement moral des aliénés (notons que Pinel, en arrivant à Bicêtre, s'est appuyé sur le savoir-faire de Pussin pour esquisser sa demande de création d'un « asile public pour les fous » ; sur ce sujet on pourra se reporter à Juchet et Postel⁷²). Davidson ne discute pas cette référence à Pinel et à la « naissance de la psychiatrie » selon la perspective que Michel Foucault développe dans *L'histoire de la folie*, et selon laquelle le traitement médicalisé, qui remplace la cruauté de l'internement à l'image des léproseries de l'âge classique, n'est pas réellement un progrès humaniste. D'une part parce qu'elle s'accompagne de l'émergence du savoir/pouvoir médical, qui renforce encore l'aliénation de l'autre, cette fois-ci au médecin, pour qui le fou deviendra un objet. Et d'autre part, parce que la libération des aliénés de leurs chaînes ne libère pas ceux qui ont été jugés fous, le traitement moral l'accompagnant les enchaînant insidieusement à la culpabilité d'avoir, en quelque sorte, choisi cette condition d'être fou. ●●●

Ces façons de collaborer entre médecins et patients seraient « si avant-gardistes que nous commençons à peine à les saisir et à les appliquer à nos pratiques post-asilaires contemporaines »⁷³.

L'engagement des patients est un des points qui distingue, selon lui, le « traitement moral » de Pinel du *moral treatment* tel qu'il a pu être développé à la même époque dans l'Angleterre victorienne, sous l'influence des Quakers et de William Tuke.

●●● Selon Davidson, « Pour Pussin, et donc pour Pinel, la "méthode simple" utilisée pour s'assurer que les patients recevaient un soin empreint d'humanité

71. DAVIDSON, RAKFELDT et STRAUSS, *op. cit.* (cf. n° 70), p. 8.

72. JUCHET, J. et POSTEL, J., « Le "surveillant" Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière », *Histoire des sciences médicales*, 30 1996.

73. PELLETIER, JEAN-FRANÇOIS et DAVIDSON, LARRY, « À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin », *Santé mentale au Québec*, 40 2015, Nr. 1.

et de compassion était d'engager comme employés des personnes en convalescence ou en voie de rétablissement de leurs propres troubles. Cette stratégie n'apparaît pas comme ayant été une option pour les Tukes, car leur modèle nécessite une autorité et une expertise qui repose sur les administrateurs de l'asile, et pas sur les patients eux-mêmes.[...] Il était préférable d'avoir comme employés, des personnes rationnelles, en phase avec les principes et les idéaux moraux influencés par les valeurs religieuses des Quakers, qui pouvaient incarner ces valeurs et servir de modèles pour les patients »⁷⁴. C'est surtout sous l'influence des quakers et de William Tuke [1732-1822], que le traitement moral prend une tournure davantage disciplinaire et moralisatrice, visant la promotion de « l'auto-contrôle et la maîtrise chez des personnes considérées comme des "enfants rebelles" », qu'il s'agit donc de corriger⁷⁵. L'auteur suggère que cette inflexion est liée à la difficulté de son application dans de larges institutions, en particulier à la *York Retreat* (le premier asile fondé sur le traitement moral, en 1792), où les Tukes pratiquaient plus le traitement moral comme un mode de management que comme un traitement de la folie⁷⁶. Sur les valeurs qui ont animé le développement de la York Retreat, en particulier sur la centralité de la *bienveillance* mise en regard avec *l'internalisation de la peur* que dénonce Foucault dans le traitement moral, on pourra se reporter à Charland⁷⁷. ●●●

Inspiré de ces réformes européennes, le « traitement moral » est importé aux États-Unis au début du 19^e siècle. Deux figures de pionnières, Dorothea Dix et Jane Addams sont citées par l'auteur pour avoir participé à ce mouvement en contribuant à l'émergence d'une aide sociale au plus près des malades.

Dorothea Dix partageait avec Pinel la conviction qu'il fallait soustraire les malades de l'environnement délétère dans lequel ils étaient internés – principalement des prisons – afin qu'ils se rétablissent. Elle a milité pour la création des premiers asiles mentaux aux États-Unis.

●●● Dorothea Dix [1802-1887], infirmière américaine, militante auprès des indigents et des malades mentaux et réformatrice sociale. Pionnière, en tant que femme – dont la parole devait être portée par un homme auprès des législateurs gouvernementaux – elle parcourt les États-Unis pour rencontrer des milliers de malades mentaux dans des prisons, des hospices, des étabes... et, horrifiée par leurs conditions de vie, se fait défenseure pour leur droit (au sens d'*advocacy*). Elle milite, dès 1840, pour la création des premiers asiles mentaux aux États-Unis, afin de donner accès aux promesses du traitement moral, ou du moins à un traitement plus humain, aux malades mentaux. Elle rencontre des descendants des Tukes en Angleterre et elle est considérée comme celle qui a importé le traitement moral aux États-Unis. D'après Smark⁷⁸. ●●●

74. DAVIDSON, RAKFELDT et STRAUSS, *op. cit.* (cf. n° 70), p. 57, ma traduction.

75. *Ibid.*, p. 42.

76. *Ibid.*, p. 46.

77. CHARLAND, LOUIS C, « Benevolent theory : moral treatment at the York Retreat », *History of Psychiatry*, 18 2007, Nr. 1.

78. SMARK, C. J., « Dorothea Dix : A Social Researcher and Reformer », *Women in Research Conference, Central Queensland University, Gladstone, 24-25 November 2005*.

Une cinquantaine d'années plus tard, Jane Addams, dans la mouvance du *settlement movement* pour l'aide sociale publique aux États-Unis, fonde les premières maisons d'accueil communautaire.

••• Jane Addams [1860-1935], sociologue américaine, militante pour des causes humanitaires et pour les droits des femmes, prix Nobel de la paix en 1931. En 1889 à Chicago, elle crée *Hull house* avec Ellen Gates Starr, une maison d'accueil où se retrouvaient des voisins immigrants de diverses communautés, d'abord pour se réunir et débattre, dans un but de soutien à leur intégration en Amérique, et qui devient rapidement un important centre culturel, politique et d'aide sociale, comprenant une cantine publique, une crèche et où résidaient d'autres réformateurs sociaux. De nombreuses actions éducatives (depuis les sciences sociales jusqu'aux cours de cuisine) sont prises en charge par les communautés qui fréquentent le lieu, dans un esprit d'école publique, bien que les universitaires y soient bienvenus en tant que chercheurs. Le modèle s'étend aux États-Unis et en 1900, une trentaine de maison-club de ce type ont ouvert. •••

L'idée initiale de Addams était que la charité, qui fait de l'aide une affaire privée, était insuffisante au regard des challenges auxquels font face les immigrants. En contrepoint de Dix, l'approche de Addams en fondant la communauté *Hull house* consiste en une prise en charge holistique en dehors de l'institution, mais au plus près des communautés visées. Elle écrit en 1895 : « Tous les détails de Hull house sont issus des revendications de ceux qui fréquentaient le lieu et chaque département a grandi de découvertes faites dans ces relations de réciprocité naturelles »⁷⁹. Sa conception d'un soutien qui ne rendrait pas l'autre dépendant, se traduit par un ajustement continu et pragmatique des services accessibles au sein de ses maisons d'accueil⁸⁰.

Contemporain de Addams et considéré par certains comme le père de la psychiatrie américaine, Adolf Meyer est au début du 20^e siècle, le premier psychiatre américain à considérer la maladie mentale comme une maladie dont il est possible de se rétablir. Sa conception est qu'il subsiste des "parties saines" en chacun des malades et que la maladie, essentiellement considérée comme organique et dégénérative à l'époque, doit aussi être pensée comme réactionnelle à l'environnement.

••• Adolf Meyer [1866-1950], médecin suisse formé en neuropathologie, qui émigre aux États-Unis en 1892. Il dirige la *Henry Philipps Psychiatric Clinic* du *John Hopkins Hospital* à Baltimore dans le Maryland de 1910 (date de sa création) à 1941. Il invente le concept de *psychobiologie*, à l'opposé du

79. Jane Addams, citée par LAGEMANN, E.C., *Jane Addams - On education*, Transaction Publishers, 1985, p. 23, ma traduction.

80. Sur ce point, on pourra se reporter à la notion de *service-learning*, notamment dans : DAYNES, G. et LONGO, N.V., « Jane Addams and the origins of service-learning practice in the United States », *Michigan Journal of Community Service Learning*, 2004.

dogme en vigueur avant la première guerre mondiale, selon lequel la maladie se réduit à une étiologie biologique héréditaire et dégénérante. Pour Meyer, l'environnement, les expériences, les émotions, sont des activités mentales et cérébrales qui jouent un rôle actif dans les ajustements comportementaux au quotidien. En ce sens, il considère que l'interaction entre l'organisme humain et son environnement sont dynamiques et malléables. C'est aussi dans cette dynamique qu'il envisage la psychothérapie, comme l'effet d'une rencontre entre le patient et un environnement dont le thérapeute fait partie. Il a pour étudiant John Watson, qui pose les bases du comportementalisme en 1914, mais il s'en éloigne, en partie parce que cette conception ne prend pas assez en compte le rôle des activités mentales dans le comportement. En revanche, il est en accord avec Freud, qu'il rencontre en 1909, qu'il rejoint sur l'idée d'une cause environnementale à la pathologie (certains historiens considèrent Meyer comme celui qui a introduit la psychanalyse aux États-Unis). Meyer conduira des réformes importantes, en articulant le travail des aliénistes avec les médecins qui pratiquent les autopsies du cerveau pour connaître la cause des décès (son travail initial). Il incitera notamment les aliénistes à conduire de longs entretiens lors de l'admission de nouveaux patients (au lieu de quelques minutes) et tentera ainsi de lier les données somatiques et psychogénétiques. D'après Lamb⁸¹ et Noll⁸². ●●●

Notons que les auteurs travaillant selon l'approche de la psychothérapie institutionnelle, s'ils retiennent aussi Meyer comme l'un des précurseurs à son mouvement, se réfèrent plus facilement à Hermann Simon pour des raisons proches (l'effet de l'environnement et la malléabilité).

●●● Hermann Simon [1867–1947] : « praticien allemand qui travaille à l'hôpital de Warstein à partir de 1905, puis en 1914 à Gütersloh. Sa doctrine est exposée dans un livre paru en 1929 (*Thérapeutique plus active dans l'établissement pour malades mentaux*). Il privilégie la notion d'activité (qu'il répartit en plusieurs échelons), le concept de responsabilité (non irresponsabilité totale du malade), affirmant qu'il faut s'appuyer sur la "partie saine" du malade. Il souligne l'importance des réactions au milieu et développe une notion particulière de la régression dans une perspective rééducative et pédagogique. »⁸³. ●●●

Dans le sillage de Meyer, Harry Stack Sullivan développe une théorie de la psychiatrie fondée sur les relations interpersonnelles, et comme Pussin l'avait fait avant lui, il engage des patients en rétablissement dans son équipe, convaincu que leur expérience personnelle les prépare particulièrement à prendre soin des autres patients.

●●● Harry Stack Sullivan [1892-1949], psychiatre et psychanalyste américain.

81. LAMB, SUSAN D, *Pathologist of the mind : Adolf Meyer and the origins of American psychiatry*, Johns Hopkins University Press, 2014.

82. NOLL, RICHARD, *American Madness : The Rise and Fall of Dementia Praecox*, Harvard University Press, 2011, p. 36–48.

83. OURY, J. et MICHAUD, G., « Psychothérapie institutionnelle - Une introduction », *En ligne sur le site euro-psy.org*.

Dans les années 40, il co-dirige avec Frieda Fromm-Reichmann la clinique de Chestnut Lodge à Rockville dans le Maryland. Spécialisés dans la psychothérapie intensive des schizophrènes, les psychanalystes de cette clinique (dont fera aussi partie Harold Searles, connu pour ses travaux sur le *double-bind*, le contre-transfert et l'espoir) ont grandement contribué à la reconnaissance de la possibilité du traitement des psychoses sur un socle analytique, notamment en travaillant la spécificité du transfert. C'est aussi à Chestnut Lodge que Stanton et Schwartz travaillaient lorsqu'ils ont théorisé l'*effet miroir* qui donne une intelligibilité à la désorganisation d'un patient lorsque des conflits à son sujet traverse l'équipe qui le soigne. Tous ces chercheurs font partie du courant anglo-saxon qui a contribué au fondement théorique de la psychothérapie institutionnelle. ●●●

Dans cet effort pour situer les racines conceptuelles du rétablissement, Davidson se distingue du discours des plus militants du mouvement qui ont tendance à faire abstraction de l'histoire de la psychiatrie depuis Pinel ou à n'y pointer que les abus des conditions asilaires, renforçant par cette narration le « changement de paradigme » opéré par le mouvement. A ce sujet, on peut citer par exemple William Anthony, l'un des plus influents militants du mouvement :

« La dernière révolution visionnaire a été conduite par Philippe Pinel, il y a environ 200 ans, lorsqu'il a retiré leurs chaînes aux malades mentaux.[...] Deux cents ans plus tard, nous devons à nouveau retirer les œillères qui nous aveuglent de sorte qu'envisager le rétablissement devienne possible. Cette vision du rétablissement a été étouffée par un manque d'innovation dans le domaine des traitements et de la réhabilitation, ainsi que par une culture du monde de la santé mentale qui ne reconnaît pas, ni ne se réjouit, du potentiel de la personne qui se cache derrière la maladie. »⁸⁴

Selon Joel Braslow, psychiatre et historien des sciences médicales aux États-Unis, le discours des militants du *recovery movement* s'articule en effet autour de trois hypothèses :

« D'abord, le rétablissement serait une façon révolutionnaire de considérer la maladie et sa prise en charge. En ce sens, il exigerait une transformation radicale de l'offre de services actuelle.[...] Ensuite, et c'est lié à la première hypothèse, le système de santé mentale du passé serait fondé sur l'idée fausse que la maladie mentale était chronique, incurable, et impliquerait donc une condition de dépendance pour toute la vie. Troisième hypothèse, cette idée fausse et destructrice serait sous-tendue par tout un système de valeurs, de croyances et de pratiques qui sont antithétiques au rétablissement. [...] Le passé, en résumé, serait tout ce que le rétablissement n'est

84. ANTHONY, W., « A Revolution in Vision », *Innovation and Research*, 1 1992, Nr. 4, ma traduction.

pas. »⁸⁵

Ce que Braslow critique, c'est la tendance des militants à se fonder sur un récit de l'histoire qui, selon lui, arrange leur propos et notamment sur « un "modèle médical" qui est un appel à prendre les armes, un point de ralliement en face duquel tout ce qui concerne le rétablissement doit être évalué »⁸⁶ :

« Si les échecs des systèmes de santé mentale peuvent être attribués à une absence de croyance dans le rétablissement, aux asymétries de pouvoir entre médecins et patients, et à un système de prise en charge qui renforce la dépendance, il va de soi que la vision proposée par le rétablissement en est l'antidote. »⁸⁷

On peut objecter à l'analyse de Braslow que le « modèle médical » que dénoncent les militants du *recovery movement* n'est pas essentiellement critiqué en tant qu'il repose sur une « idée fausse » de la chronicité de la maladie, mais plutôt en raison des conséquences à cette chronicité qu'il induit (et donc contribue à entretenir) implicitement. Les revendications des militants portent sur l'exercice d'une maîtrise sur leur existence, *au-delà* de la chronicité de la maladie, qu'ils ne considèrent pas comme une idée fausse⁸⁸. Le modèle médical qu'ils dénoncent est celui où seules la guérison ou la rémission des symptômes sont recherchées ; un modèle où le rétablissement serait vu comme à un retour à l'état précédant le déclenchement de la maladie, et dans lequel les médecins eux-mêmes ne croient pas. Celui-ci laisse en effet peu d'espoir *en dépit de la chronicité* et ne permet pas d'envisager un devenir en dehors de la maladie. Concrètement, ils critiquent un modèle qui met davantage l'accent sur la chimiothérapie pour calmer les symptômes ou sur la contrainte pour contenir l'agitation, que sur les facteurs sociaux et environnementaux qui favorisent leur apparition (ou leur disparition). Mais cette façon de considérer le modèle médical ne peut être que récente. Elle date au plus tôt des années 60-70, après la découverte et l'usage des neuroleptiques en 1954. Et plus probablement encore date-t-elle des années 80-90, au moment où la description des maladies se fonde sur une sémiologie qui n'a plus que de lointains rapports avec leur étiologie (c-à-d depuis que le DSM-III est le principal support de l'analyse dans le modèle médical) et où la maladie ainsi diagnostiquée n'est plus traitée qu'en terme de symptômes biologiques (par des *anti*-psychotiques/dépresseurs/anxiolytiques...). En ce sens, il y a sans doute eu une régression de l'intérêt de la médecine pour les facteurs environnementaux ou

85. BRASLOW, JOEL TUPPER, « The manufacture of recovery », *Annual review of clinical psychology*, 9 2013, ma traduction.

86. *Ibid.*

87. *Ibid.*

88. Bien sûr, il faut ici encore tempérer, car les paroles des militants forment une polyphonie. Si la chronicité *de la maladie* n'est pas une idée fausse, une majorité s'accorde, à l'instar d'Anthony, pour considérer que « une grande partie de la chronicité est liée à la façon dont la société et les systèmes de santé mentale traitent la maladie psychique et pas à la nature de la maladie elle-même », ANTHONY, *op. cit.* (cf. n° 84).

inter-personnels dont les premiers aliénistes tentaient de tenir compte. Braslow pointe d'ailleurs dans la même analyse que « ironiquement, l'hôpital psychiatrique actuel ressemble plus que ceux des années 50, à ce que les militants du rétablissement décrivent, en terme d'univers carcéral et d'institution totale »⁸⁹. On peut donc difficilement reprocher aux militants de ne pas avoir de vision objective des deux derniers siècles de la psychiatrie quand la façon de considérer la maladie a tellement changé depuis une cinquantaine d'années. La critique militante paraît alors actuelle, même si elle ne se fonde plus sur les mêmes faits que celle des premiers « survivants » des années 60.

Enfin, si – au regard de l'histoire – le rétablissement n'est pas fondamentalement « une façon révolutionnaire de considérer la maladie et sa prise en charge », comme l'écrit Braslow, au moins doit-on souligner qu'il s'agit d'une tentative initiée par les premiers concernés. A la différence des précédents mouvements de réforme de la psychiatrie, comme ceux que retient Davidson, celui-ci n'est, en effet, pas porté principalement par des psychiatres réformateurs, mais par des usagers de ces services⁹⁰. La façon dont il a été si facilement adopté (et adapté) dans les politiques de santé mentale des pays anglo-saxons suscite en revanche, au moins en France, une certaine circonspection.

Considérons, pour tenter d'éclaircir ces derniers points, la façon dont ce mouvement a pu émerger et s'inscrire dans l'histoire récente.

2.1.2 L'émergence du mouvement militant

Bien qu'il n'y ait pas eu d'événement particulier qui le déclencha, on peut situer l'origine du *recovery movement* au milieu des années 70, dans la suite des grands mouvements d'émancipation des années 60 aux États-Unis, qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination et pour l'égalité des droits⁹¹. Mais il s'inscrit aussi plus globalement dans la pensée du 20^e siècle où les événements historiques comme la seconde guerre mondiale et la découverte de l'univers concentrationnaire, contribuent aux aspirations démocratiques et, en parallèle à un certain nombre de publications sur les conditions asilaires, à l'idée qu'une réforme de ces

89. BRASLOW, *op. cit.* (cf. n° 85).

90. Notons que certains auteurs incluent dans ce qu'ils nomment le *recovery movement* non seulement celui qui est porté par les militants (qui met un accent sur l'empowerment et le *personal journey*, comme Patricia Deegan), mais aussi celui qui désigne les travailleurs sociaux engagés dans le mouvement de réhabilitation psychosociale (qui met l'accent sur le rétablissement des habiletés fonctionnelles, comme par exemple William Anthony ou Marianne Farkas). Cette distinction est bien présentée dans JACOBSON, NORA et CURTIS, LAURIE, « Recovery as policy in mental health services : Strategies emerging from the states », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 2000, Nr. 4.

91. Ces mouvements désignent initialement la lutte des Noirs américains pour l'obtention du droit de vote mais ils comprennent aussi de nombreux mouvements pour l'égalité, la libération sociale et l'autonomie comme l'*American Indian Movement*, le *Chicano Movement* des Mexicano-américains, le *Black Panther Party*, le *Black Feminism*, le *Gay Liberation movement*, etc.

institutions s'impose. Dans le sillage des luttes politiques qui visent les droits civiques, des mouvements contre la domination sociale se structurent notamment au travers de la formation de groupes de soutien, dans une visée d'*empowerment*, comprise au sens d'émancipation. Ces mouvements démocratiques révèlent les potentialités de pression des groupes, mais aussi leur capacité de soutien, de *self-help* pour l'individu.

Aspirations démocratiques et respect de l'autonomie

Le tournant majeur du 20^e siècle, en terme d'éthique et de respect de la personne, est lié à l'événement de la seconde guerre mondiale. En ce qui concerne les maladies mentales, notons que peu avant la guerre, dès 1933, des lois eugénistes – fondées sur des théories scientifiques et votées démocratiquement sous la république de Weimar – imposent déjà la stérilisation des « inférieurs ». Pendant la guerre en Allemagne, 70.000 personnes dont la « vie ne vaut pas la peine d'être vécue » seront exterminées. Après la guerre, sont découvertes les expérimentations des médecins nazis, dans les camps (puis pas seulement dans les camps, mais aussi dans des grandes universités allemandes). A la fin de la guerre, le 6 et 9 août 1945, Hiroshima et Nagasaki donnent un coup d'arrêt à la fiction humaniste où "l'homme se réalise dans une grande histoire du progrès". Au contraire, il est aussi capable de programmer sa propre fin.

Durant les années 1946-47, le procès des médecins nazis donnera forme au *Code de Nuremberg*. C'est le premier jugement international qui explicite les conditions d'expérimentation sur des sujets humains. Le premier des 10 articles qu'il contient porte sur l'*autonomie* et le *consentement*⁹². Malgré cela, l'indignation réapparaît dans les années 60-70. Des expériences in-éthiques sont dénoncées aux États-Unis, sur des noirs, des enfants avec une déficience mentale, des vieillards⁹³ : des scandales dans la société américaine, qui ont lieu en temps de paix, dans une société démocratique. Il s'ensuivra des réflexions pluridisciplinaires, la création de consultations, de commissions et d'instituts. Dans l'opinion publique, la science n'est plus neutre, elle fait aussi peser une menace sur l'environnement et les droits de l'homme. Une ambivalence, au moins vis-à-vis de la recherche, voit le jour dans la société civile. C'est aussi le moment où naît une nouvelle discipline, la *bioéthique*. En 1978, paraît le rapport Belmont, du nom du centre où se réunissait la consultation. Il met en avant quatre principes, dont la conciliation doit permettre de prendre les décisions justes en termes éthiques

92. *Code de Nuremberg - Point 1*. « Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne concernée doit avoir la capacité légale de consentir ; qu'elle doit être placée en situation d'exercer un libre pouvoir de choix »

93. 1932-1972 Tuskegee : 400 noirs pauvres laissés sans traitement pour observer le cours naturel de la syphilis ; 1950-1970 Willowbrook : inoculation du virus de l'hépatite sur des enfants avec une déficience mentale ; 1963 Brooklyn : Injection de cellules cancéreuse actives sur des vieillards... 22 études in-éthiques dénoncées par BEECHER, HENRY K, « Ethics and clinical research », *The New England Journal of Medicine*, 274 1966, Nr. 24.

et de garantir le respect des personnes : le principe de *bienfaisance/non malfaisance*, le *respect de l'autonomie*, le principe de *justice*.

••• Les quatre principes du « Rapport Belmont » sont les suivants :

« *Le principe de Bienfaisance/non malfaisance* : C'est la traduction du "primum non nocere". On peut le formuler négativement comme l'obligation d'éviter de faire du mal. On peut aussi le formuler positivement comme l'obligation de faire le bien médicalement, c'est-à-dire de soigner en mesurant les soins à proportion du risque encouru par le malade. Il s'agit donc de la balance risques bénéfiques ;

Le respect de l'autonomie : Il s'agit de l'obligation de respecter la compétence à décider et les choix des personnes autonomes. Ce principe impose que le médecin donne une information claire au patient et respecte le choix de celui-ci de se soumettre ou non à l'un ou l'autre des traitements (ou protocoles de recherche) proposés ;

Le principe de justice : Il s'agit de l'obligation d'équité dans la distribution des risques et des bénéfices. Ce principe s'exprime en termes de population »⁹⁴

•••

Mais ces années sont aussi celles de l'émergence des droits de la personne. Certes, dès 1948 la Déclaration universelle des droits de l'homme proclamait la liberté et la dignité de l'individu comme un idéal à atteindre⁹⁵. Cette déclaration était conçue comme lutte contre l'obscurantisme et l'aliénation. Mais aux États-Unis, se développe un pluralisme libéral, où chacun choisit sa propre conception du bien, avec, en particulier, un minimum d'interférences de l'état dans la vie privée. Ce pluralisme, qui est aussi d'ordre moral, s'accompagne d'une contestation publique de l'autorité et des valeurs traditionnelles. Dans les années 60, plusieurs mouvements de revendication de droits civiques se forment et des populations socialement dominées finissent par obtenir des droits. Dans le domaine de la santé, cela se traduit par des revendications des usagers : une critique du paternalisme pour lequel « le médecin a raison et le patient n'a qu'à obéir ».

••• Ces mouvements donneront lieu en 1991, aux États-Unis au « *Patient Self Determination Act* » et en psychiatrie aux mouvements qui revendiquent « *Nothing about us without us* », prémisse du *recovery movement*. En France, cela se traduira par la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et développant les droits des usagers fréquentant les établissements sociaux et médico-sociaux (32 000 structures et 400 000 salariés). Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 : « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et

94. « *Rapport Belmont* » : principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche, 1976. Ici résumé par Valérie Gateau dans son cours donné à l'Espace Éthique d'île-de-France, *DU éthique et pratique du soin*.

95. DUDH : « *Préambule* : [...] L'Assemblée générale proclame la présente Déclaration universelle des droits de l'homme comme l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations [...]. *Article premier*. Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »

à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature» (article L 116-1 du Code de l'action sociale et des familles). ●●●

Dans les pays démocratiques, comme aux États-Unis, au Canada, et en Europe, où le courant individualiste est très fort, le principe éthique qui est perçu comme le plus important est celui de l'*autonomie de la personne*.

Échec de la désinstitutionnalisation

Dans les années 60, la désinstitutionnalisation avait commencé aux États-Unis, sous l'impulsion de multiples études faisant planer un doute sur la pertinence des hôpitaux psychiatriques pour traiter les maladies chroniques en pointant les effets iatrogènes de ces institutions (comme celles de Stanton et Schwartz⁹⁶, de Caudill⁹⁷, de Barton⁹⁸, ou celle de Goffman).

●●● Erving Goffman [1922-1982], sociologue et linguiste américain, représentant de la deuxième école de Chicago. Il s'immerge pendant plusieurs mois dans le quotidien des patients d'un hôpital psychiatrique (selon la méthodologie de l'observation participante) et définit l'*institution totale* comme « un lieu de résidence ou de travail où un grand nombre d'individus, placés dans une même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et rigoureusement réglées »⁹⁹. La prison, l'hôpital psychiatrique, l'armée sont des institutions totales qui présentent le risque que la stigmatisation, induite par les clivages gardiens/gardés ou soignants/soignés, ne dépasse les murs de l'asile pour s'ancrer au cœur même de la personne. ●●●

Ce mouvement de désinstitutionnalisation est également facilité par l'usage des psychotropes découverts en 1954, permettant des sorties d'hôpital plus précoces. Selon Gérard Grob, historien américain en sciences médicales, la critique des hôpitaux et la découverte des psychotropes ne sont cependant pas les seules raisons à la désinstitutionnalisation à partir des années 50. Celle-ci prend aussi ses racines dans les profonds changements qui ont transformé l'hôpital psychiatrique public entre 1890 et 1940. Il faut tout d'abord tenir compte du fait que la population des hôpitaux psychiatriques a changé pendant cette période. La

96. STANTON, ALFRED H et SCHWARTZ, MORRIS S, *The mental hospital : A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. Tavistock Publications Limited, 1954. Ils travaillent à la clinique de Chesnut Lodge dans le Maryland et théorisent « l'effet miroir » d'un dysfonctionnement de l'équipe soignante (Cf. page 41).

97. CAUDILL, W., *The psychiatric hospital as a small society*, Harvard University Press, 1958.

98. BARTON, R., *Institutional neurosis (1st ed. 1959)*, Bristol - John Wright & sons Ltd., 1966.

99. GOFFMAN, ERVING, *Asiles - Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus (1961)*, Editions de Minuit, 1968, p. 41.

fermeture progressive des maisons de charité (*almshouses*) à partir du milieu du 19^e siècle mais qui s'est amplifiée au début du 20^e siècle, a eu pour conséquence un transfert des personnes âgées dépendantes vers les hôpitaux psychiatriques. Ces institutions étaient, en effet, mieux considérées en terme de soins que les alternatives locales sur lesquelles planaient des soupçons de négligence, et elles étaient aussi plus abordables financièrement. Le nombre croissant de personnes présentant des pathologies somatiques et sans espoir de guérison par la psychiatrie a eu un effet sur les professionnels qui se sont détournés de l'hôpital publique. L'érosion du dogme de la maladie mentale comme biologique et incurable, la découverte de nouvelles thérapies (cures d'insuline, électrochocs...), ont fait que de nombreux psychiatres ont préféré exercer dans des cliniques privées plutôt que dans un hôpital qu'ils ont vu peu à peu se transformer en maisons de surveillance :

« C'est l'abandon de la psychiatrie dans les hôpitaux qui a rendu possible le succès de l'attaque portée contre le soin institutionnel pendant et après les années 50. »¹⁰⁰

Fin 1963, sous la présidence de Kennedy mais après une vingtaine d'années de réflexion, le *Community Mental Health Act* est voté au congrès et vise une déshospitalisation ainsi que la création de structures communautaires, les *Mental health centers*, sorte de pierres angulaires d'une refonte radicale de la politique en santé mentale¹⁰¹. Ces structures locales étaient censées faciliter la prise en charge précoce des malades afin d'éviter les hospitalisations à long-terme et fournir des soins aux malades les plus chroniques. Or, l'état n'a pas alloué à ces centres les moyens nécessaires qu'il leur avait promis : ses dotations sont aléatoires, les soignants sont peu formés et en sous-effectif. Les hôpitaux généraux, vers lesquels sont maintenant orientées les personnes les plus sévèrement malades, et les centres communautaires sont mal coordonnés : les états se déchargent massivement d'une partie de leurs patients vers des maisons de retraite pour capter des financements fédéraux, comme celui soutenu par *Medicaid* – créé en 1965 – qui était initialement conçu à l'attention des personnes âgées et des indigents, mais qui devient de fait « le premier programme de santé mentale »¹⁰². Peu préparée et sans moyens financiers dirigés directement vers elle, il s'avère que "la communauté" ne parvient pas à répondre aux besoins complexes des personnes avec une maladie mentale. Débordés par la demande, les *Mental health centers* se transforment peu à peu en centres de gestion de la crise. D'un espace d'où ils sortent traumatisés, ceux qui se nomment alors des « survivants » se

100. GROB, GERALD N, « Historical origins of deinstitutionalization », *New Directions for Mental Health Services : Deinstitutionalization*, 1983, Nr. 17.

101. *Idem*, « Mental health policy in late twentieth-century america. In *American Psychiatry After World War II (1944-1994)*, ed. Menninger, R.W. and Nemiah, J.C., American Psychiatric Press, Inc. » 2000.

102. BROWN, PH., « Social implications of deinstitutionalization », *Journal of community psychology*, 8 1980, Nr. 4.

retrouvent sur-médicamentés, visiblement inadaptés, et les rues se peuplent de sans-abris qui finissent en prison. La situation ne s'améliorera pas au cours des années 70, lors des gouvernements Nixon et Ford, plus préoccupés par le financement et l'impopularité de la guerre du Vietnam que par la réforme des politiques de santé mentale.

Finale­ment, les données provenant de différents auteurs et compilées par Braslow¹⁰³ indiquent que la population des hôpitaux psychiatriques aux États-Unis a atteint un pic de 557.969 patients en 1955, pour ensuite décroître à 475.000 en 1965 ; 193.436 en 1975 ; 92.000 en 1990 ; 50.000 en 2005 ; et se stabilise ac­tuellement autour de 40.000.

« *Nothing about us without us* »

Face à cette dégradation et à la nouvelle vague de stigmatisation qui l'accompagne, et motivée par l'exemple des autres mouvements sociaux, la communauté des usagers devient active, se fait entendre et réclame de meilleures conditions de traitement. Le mouvement démarre avec la mobilisation des militants les plus radicaux, qui se nomment eux-mêmes *ex-patients* ou *survivors*, et qui rejettent radicalement le modèle médical. A la fin des années 70 et pendant les années 80, les gens parlent de plus en plus facilement, partagent leur histoire et dénoncent les failles du système, à l'instar de Judi Chamberlin, une des premières militantes qui écrit en 1978 :

« De nombreux patients sont en colère, et notre colère vient de la négligence, de l'indifférence, de la déshumanisation et de l'extrême brutalité que nous avons vues et expérimentées entre les mains du système de santé mentale. Notre défiance vis-à-vis des professionnels n'est pas une hostilité irrationnelle, mais le résultat direct de la façon dont nous avons été traités par le passé. Nous avons été diminués, ignorés, trahis. Nous n'avons aucune raison de faire confiance aux professionnels, et beaucoup de raisons de les craindre. »¹⁰⁴

La communauté s'organise et le NIMH (*National Institute of Mental Health*) propose aux usagers de s'exprimer régulièrement lors de leurs conférences sur leurs besoins après l'hospitalisation, dans le cadre de son *Community support Program*. On peut l'interpréter comme une première reconnaissance de leur expertise propre, mais il est clair qu'elle y trouve aussi un certain intérêt. Des revendications sur les forces sociales, politiques et économiques qui affectent directement leur vie, prennent forme et gagnent l'attention des législateurs. Jusqu'à la fin des années 70, le mouvement, qui ne s'appelle pas encore explicitement *recovery*, est porté par des *ex-patients* militants de l'anti-psychiatrie

103. BRASLOW, *op. cit.* (cf. n° 85).

104. CHAMBERLIN, J., *On our own - Patient-controlled alternatives to the mental health system*, McGraw Hill, 1978, p. XIV, ma traduction.

et consiste essentiellement en une critique des services de soins orthodoxes. Les revendications portent sur le respect de droits basiques lors des procédures d'hospitalisation sous contrainte (sur les délais entre l'internement et l'audience, la possibilité de présence d'un avocat, de témoins, les révisions périodiques de la décision), sur les droits du patient hospitalisé, et sur les possibilités d'accès aux services de soins dans la communauté.

Au cours des années 80, le mouvement prend de l'ampleur et des militants moins radicaux, de *users* ou *consumers*, le rejoignent lui conférant une couleur moins contestataire¹⁰⁵. Les revendications portent alors sur la lutte contre la discrimination vis-à-vis de l'accès au logement, à l'emploi, et à divers services publics et privés, ainsi que la création d'organisations de protection et de défense de leurs droits (*advocacy*).

A partir de 1990, ces revendications sont entendues (actées par la loi fédérale *Americans with Disabilities Act*) et le mouvement commence à s'institutionnaliser. A la fin des années 90, tous les états américains ont adopté une politique « orientée vers le rétablissement », le point de convergence du gouvernement et des militants étant la *lutte contre la dépendance*¹⁰⁶.

Au cours des années 2000, les revendications portent sur la mise en place de moyens permettant de faire respecter les droits des *users*, sur le contrôle que les usagers peuvent avoir sur les contraintes qui leur sont imposées (qu'elles soient formelles, comme des traitements après la sortie de l'hôpital ou des mises sous tutelles, ou informelles, comme des pressions exercées par des professionnels ou la famille), sur une participation effective (*co-construction*) dans les politiques de soin et leur évaluation (un slogan emblématique est « *Nothing about us without us* ») ainsi que sur la lutte contre la stigmatisation.

Institutionnalisation du mouvement

« L'accent mis sur la responsabilisation et le rapport coût/efficacité récompensera les approches qui obtiennent des résultats positifs, tandis que celles qui maintiennent les personnes dans leurs services pendant de longues périodes sans prouver leurs résultats seront non-recommandées. »¹⁰⁷

Si les revendications portant sur la lutte contre le modèle orthodoxe et, en pratique, sur le développement des soins dans la communauté et des groupes de soutien par les pairs, ont été bien accueillies et sont maintenant intégrées dans les

105. McLEAN, ATHENA HELEN, « From ex-patient alternatives to consumer options : Consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement », *International Journal of Health Services*, 30 2000, Nr. 4.

106. C'est donc en phase avec les idées du mouvement militant, que Ronald Reagan peut déclarer en 1987 : « Il est notoire que notre système de protection sociale est devenu un piège pour la pauvreté, qui crée et renforce la dépendance, et c'est pourquoi [...] j'ai appelé à une refonte de notre système de protection sociale. », cité par BRASLOW, *op. cit.* (cf. n° 85).

107. N.Y. State Office for mental Health, *Strategic Plan Framework*, 2007, cité par *Ibid.*

politiques de santé mentales dans les pays anglo-saxons, cela n'est pas seulement dû aux facteurs historiques et contextuels qui viennent d'être développés, ni uniquement dans une visée démocratique. Il faut aussi tenir compte du fait que cet enchaînement d'événements se produit dans un pays qui défend une économie néolibérale et une culture très individualiste, que le sociologue Nathan Glazer résume ainsi, en ce qui concerne la protection sociale en général :

« Prendre en compte les pauvres, en créant des programmes spécifiques, tend à saper les opportunités qui les pousseraient à l'action économique et les sortiraient de la pauvreté. Si seulement le gouvernement s'écartait de la voie, les gens pourraient faire leur propre chemin. »¹⁰⁸

Les interventions qui sont mises en place aux États-Unis, puis au Canada, en Australie et au Royaume-Uni, partagent la même vision d'un individu responsable, qui prend en main son destin, avec un minimum d'interférences de l'état. Le vocable qui devient commun aux militants actuels et aux responsables politiques relève de l'*empowerment* (davantage au sens de *pouvoir d'agir* qu'à celui d'émancipation), de la *self-direction* (ou auto-détermination), et de la *responsability*. Tous ces concepts sont polyphoniques et l'*empowerment* qu'ont découvert les premiers militants lorsqu'ils se réunissaient entre *survivors* pour élaborer une force de contre-pouvoir à une psychiatrie déshumanisée est sans doute bien loin de celle qui est revendiquée – voire enseignée – par les groupes de *self-help* ou les *recovery colleges*. La réalité est, de fait, complexe... Les approches par le *supported employment* qui soutiennent l'emploi des personnes avec un handicap, par exemple, et qui figurent dans tous les programmes orientés rétablissement, peuvent être perçues dans une logique de *réduction des coûts* de l'état, ou bien comme répondant à une *revendication* des usagers relativement à l'égalité d'accès à l'emploi, comme un *outcome* mesurable des protocoles de soin (pour un rétablissement qui se résume à « un toit, un travail, un ami »), comme *normalisante* dans une société qui accepte mal la différence et la dépendance, comme *stigmatisante* puisqu'elle est destinée à des bénéficiaires d'aides sociales, comme *dé-stigmatisante* puisqu'elle ouvre l'accès à l'emploi dans le milieu ordinaire, etc. mais *last but not least* elles éludent totalement la question du marché de l'emploi et des conditions de travail actuelles.

« *Recovery in the bin* »

Les usagers ne forment pas un groupe homogène qui parlerait d'une seule voix. Les plus anciens militants, mais dont la voix se fait rare, sont plutôt sceptiques vis-à-vis du rétablissement tel qu'il se présente actuellement. S'ils s'accordent sur

108. GLAZER, NATHAN, « The Social Policy of the Reagan Administration : A Review », *The Public Interest*, 75 1984, ma traduction.

une certaine filiation avec leur mouvement, ils ne s'y reconnaissent pas pour autant. C'est le cas des activistes du *Survivors history group*, que j'ai eu l'occasion de rencontrer à Londres lors de réunions mensuelles ouvertes à tous (et notamment Andrew Roberts et Peter Campbell qui font partie des "historiques"). La plupart des membres de ce groupe ont participé à la fondation d'un *syndicat* en 1972, le *Mental Patient Union*, d'orientation marxiste. Roberts évoque ainsi leurs motivations lors de la création de ce syndicat :

« La psychiatrie était une forme de contrôle de la classe ouvrière dans un pays capitaliste, pour laquelle le psychiatre était le "grand prêtre" de la société technologique, exorcisant les "démons" de la détresse sociale par des électrochocs, la lobotomie ou la médication. L'idée était que, de la même manière que les travailleurs formaient des syndicats, les patients eux aussi avaient besoin d'un syndicat pour se battre pour leurs droits, contre l'oppression politique et le contrôle social. »¹⁰⁹

Mais cette circonspection vis-à-vis de ce qu'est devenu le *recovery movement* n'est pas qu'une question de génération. En Angleterre encore, la jeune association *Recovery in the bin* récuse la vision du rétablissement telle que les politiciens et les services de soins l'ont « colonisée » et dans laquelle ils voient « un symptôme du néolibéralisme et du capitalisme ». Reprenant les arguments marxistes de leurs aînés, ils revendiquent le statut de *UnRecovered*, dans le sens où :

« [UnRecovered] cela ne veut pas dire que nous voulons rester "malade", mais que nous rejetons la nouvelle intrusion néolibérale sur le mot "rétablissement" qui a été redéfini et repris par le marché, les protocoles de traitement humiliants et les évaluations atomisées. »¹¹⁰

Ils craignent que des pressions sur les usagers ne soient exercées par les services de soins, maintenant évalués par des résultats tangibles et qu'ils anticipent déraisonnables (comme sortir prématurément d'une hospitalisation ou être plus ou moins contraint d'accepter un emploi) et revendiquent un « modèle social de la folie » qui replace la santé mentale dans le contexte plus large de la lutte des classes. Ils récusent également la façon dont ils ont à « justifier par leur histoire » de leur expérience pour être « validés » comme militants, *peer supporter*, etc. qui est insidieusement un *dis-empowerment* et réclament une même visibilité pour les récits des personnes qui luttent sans parvenir à se rétablir. Ils défendent une vision du rétablissement qui n'est pas compatible avec l'opérationnalisation des concepts d'autonomie et d'auto-détermination proposée dans les protocoles actuels, en tant qu'ils ne les considèrent pas comme des aspirations individuelles

109. ROBERTS, ANDREW, « A crusade for dignity », *The Guardian* 03/09/2008, ma traduction.

110. RTTB, « Recovery in the bin - 18 key principles », *Asylum Magazine*, 2015 (URL: <http://asylummagazine.org/2015/10/recovery-in-the-bin/>), ma traduction.

mais comme le résultat d'une lutte collective.

2.2 La notion de « rétablissement »

À partir des années 90, deux grandes approches dont les visées diffèrent, co-existent : l'approche dite médicale et la perspective du *recovery*.

L'approche médicale, traditionnelle, vise à obtenir une diminution ou une stabilisation des symptômes. Elle se fonde principalement sur un diagnostic et utilise la médication et l'hospitalisation comme moyens principaux. Le rétablissement de la personne malade, selon cette approche, se mesure avec des critères *objectifs* par le nombre des symptômes qui ont disparu, ou par la diminution de la durée des hospitalisations. Une ré-hospitalisation étant considérée comme une rechute, le rétablissement est alors vu comme un but à atteindre. L'efficacité des interventions, qui est fondée sur des preuves, peut faire l'objet d'études longitudinales.

On comprend, d'une part par son focus mis sur la lutte contre les aspects négatifs d'une maladie, qu'elle ne considère que dans sa chronicité, et d'autre part par le fait qu'elle reste dans un rapport très asymétrique entre soignants et soignés en ce qui concerne la distribution des savoirs et des pouvoirs, qu'elle ne soit pas promue par des militants du *recovery* qui revendiquent précisément de regagner une prise de pouvoir sur leur propre vie.

La perspective du *recovery*, au contraire, oppose à la statique sous-jacente à la chronicité, une certaine dynamique de la plasticité humaine (même si les militants ne le décrivent pas en ces termes). Elle oppose à l'asymétrie de pouvoir une visée éthique d'*empowerment*, de pouvoir d'agir, d'autonomie, et cherche les moyens de le favoriser. Une grande différence avec l'approche médicale est donc qu'elle met l'accent sur les *ressources* de l'individu et de son entourage. Une seconde différence réside en ce que les interventions, dites « orientées rétablissement », sont plus difficiles à évaluer que celles de l'approche médicale. Ce qui est visé, en effet, se mesure difficilement de manière objective, puisqu'il s'agit d'une *qualité de vie*.

Les parties suivantes tentent de cerner ce qui, pour les militants, et dans les politiques de santé mentale, est appelé « rétablissement ». Qu'est-ce que l'expérience de « se rétablir » de, ou dans, la maladie mentale (paragraphe 2.2.1) ? Comment celle-ci est modélisée en terme de « processus » (2.2.2) ? Quels en sont les déterminants (2.2.3) ?

2.2.1 Le rétablissement « existentiel »

Un cheminement dans la maladie

Selon la conception expérientielle, il ressort du récit des patients (essentiellement des récits en première personne sous la forme de livre ou de conférences) que le rétablissement est une dynamique, un cheminement qui se trace au sein de la maladie. Cette dynamique de « se rétablir », consiste à se dégager de l'identité de malade pour se ré-engager dans une vie, ou encore à trouver les moyens de vivre parmi les autres sans *être* psychotique, mais *avec* une psychose, selon des critères subjectifs. Cette conception du rétablissement le distingue donc de la visée de la conception médicale.

« La re-définition du rétablissement en tant que processus de découverte personnelle, de comment vivre (et vivre bien) tout en endurant des symptômes et des vulnérabilités, ouvre la possibilité du rétablissement à tous. »¹¹¹

Voici la façon dont Patricia Deegan, une des premières militantes du mouvement, spécifie cette notion du rétablissement par rapport au modèle médical traditionnel :

« Le rétablissement est souvent défini dans les limites d'un retour à un état antérieur de fonctionnement stable. Cependant, beaucoup de gens, y compris moi-même, ont vécu le rétablissement comme une transformation par laquelle l'ancienne personnalité est progressivement abandonnée et une nouvelle vision de soi émerge. »¹¹²

Vers une nouvelle position existentielle

Le rétablissement se conçoit alors plutôt en terme de devenir, d'ouverture d'un champ de possible lorsque la maladie n'est plus en position centrale. La « nouvelle vision de soi » qui en émerge évoque un processus de subjectivation, où s'établit un nouveau rapport à soi et aux autres. Les issues peuvent être très variables d'une personne à l'autre, mais quelles qu'elles soient, c'est un mode d'être au monde qui a changé pour la personne. En ce sens, cette transformation ne peut s'assimiler à des critères préétablis et mesurables, comme avoir un emploi, vivre en structure non-médicalisée, s'engager dans des groupes sociaux (trop souvent choisis comme résultats –*outcome*– pour évaluer l'orientation vers le rétablissement des pratiques de soins). Dans sa définition souvent citée, le militant William Anthony insiste également sur l'aspect singulier et personnel de ce processus et de ses effets :

111. ROBERTS, G. et WOLFSON, P., « The rediscovery of recovery : open to all », *Advances in Psychiatric Treatment*, 10 2004.

112. DEEGAN, PATRICIA E, « Recovery as a self-directed process of healing and transformation », *Occupational Therapy in Mental Health*, 17 2002, Nr. 3-4.

« Le rétablissement est décrit comme un processus profondément personnel et singulier de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, de buts, de compétences et/ou de rôles. [...] Il implique le développement d'un sens et de buts nouveaux dans la vie, au fur et à mesure que l'on s'éloigne des effets catastrophiques de la maladie mentale. [...] La vie n'est alors plus focalisée autour de ces effets. La personne passe à d'autres centres d'intérêts et à d'autres activités. »¹¹³

Singularité et « paysage existentiel »

La singularité mise en avant, à la fois dans le processus et dans l'issue que constitue le nouveau rapport à soi et au monde, pourraient être rapprochée de la singularité des positions de stabilité accessibles dans ce que l'on pourrait appeler un *paysage existentiel*. Cette notion de « paysage », empruntée au phénoménologue Erwin Straus, est souvent évoquée par Jean Oury dans le sens de l'accueil de la complexité d'une personne « dans son paysage », c'est-à-dire sans l'assigner à une place pré-définie. Les positions de stabilité dans un système complexe tel que ceux qui ont été évoqués dans le précédent chapitre, sont les positions d'équilibre singulières du système. Elles définissent un espace des phases – ou encore, un *paysage* – qui dépend uniquement de ses paramètres (comme sa composition chimique, son histoire). La transformation décrite lors du rétablissement peut alors être vue comme le passage d'une vallée à une autre (tel qu'il est décrit en terme de puits de potentiel dans le schéma de la figure 1.1, p.10), ou encore d'un attracteur à un autre, dans un paysage existentiel nécessairement singulier.

Un attracteur étrange

L'état « d'équilibre » qui précède l'engagement dans un processus de rétablissement serait une position de « patient », avec ce qu'elle sous-entend de passivité et de subordination à un ordre médical. Le fait que la position de patient puisse se lire comme un « attracteur étrange », qui attire à soi toute trajectoire qui s'en approche, bien qu'elle ne soit ni désirée, ni singulière au paysage existentiel de la personne, se retrouve dans de nombreux écrits de militants. Les raisons invoquées le sont en termes variés en fonction des auteurs, comme une « prophétie auto-réalisatrice » liée à la croyance de chronicité de la part des soignants et des proches, une « impuissance acquise » par la dépendance aux institutions, une « assignation à un rôle » de patient. A cet égard, le récit de Christelle Rosar, *J'ai survécu à la psychiatrie*¹¹⁴, est éclairant. Elle raconte osciller pendant 20 ans

113. ANTHONY, W.A., « Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 1993, ma traduction.

114. ROSAR, *op. cit.* (cf. n° 1).

entre des hospitalisations imposées qu'elle ne comprend pas et des refus d'hospitalisations libres. Ce sentiment la met à la fois « hors-d'elle » d'être manipulée et dépossédée de son libre choix, mais, après un certain temps d'internement, éteint aussi son désir d'avoir une place dans la société ordinaire.

« Comme chaque fois que j'allais à l'hôpital de mon plein gré, l'enfermement se passait bien. Je dormais beaucoup, j'étais docile, j'arrêtais de réfléchir. Je me laissais aller dans cette espèce de confort qu'offre le système lorsqu'on ne lui résiste plus : horaires réguliers tous les jours, infirmiers qui vous disent ce que vous devez faire... [...] C'était un monde qui restait immobile. »¹¹⁵

La psychiatrie est faite de lieux dont elle connaît les codes, au contraire du milieu ordinaire. Elle « s'en sort » après avoir rencontré des personnes du groupe Advocacy à Paris, et décidé d'écrire son histoire.

Oscillations et nouvelle position d'équilibre

Cette « résistance » à un « monde immobile », résistance pour ne pas se laisser aspirer par cet attracteur que pourrait être la position de patient, est évoquée dans les récits en termes de processus singulier, de voyage personnel (*personal journey*), de nouvelle vision de soi, qui peuvent être interprétés comme la recherche d'un nouveau point de stabilité dans un paysage existentiel. Les définitions données par Deegan et Anthony, en ce que le rétablissement n'est pas un « retour » mais une « transformation », peuvent d'ailleurs être rapprochées de la notion de guérison telle que la conçoit Georges Canguilhem :

« La guérison est la reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques. Elle est d'autant plus voisine de la maladie ou de la santé que cette stabilité est moins ou plus ouverte à des remaniements éventuels. En tout cas, aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique. Guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes. Il y a une irréversibilité de la normativité biologique. »¹¹⁶

Ce changement de normes, de position existentielle pour le rétablissement, n'est cependant pas uniquement une transformation depuis un état psychopathologique où seule la maladie entrerait en jeu.

Aliénation sociale

Le milieu dans lequel la position de patient s'est stabilisée est également un facteur dont il faut prendre compte. Les militants évoquent, en effet, des facteurs

115. ROSAR, *op. cit.* (cf. n° 1), p. 121.

116. CANGUILHEM, GEORGES, *Le normal et le pathologique (1966)*, Presses universitaires de France, 1975, p. 156.

externes, environnementaux et sociaux, qui ont eu un effet pathogénétique, à l'instar du militant William Anthony :

« Le rétablissement de la maladie mentale implique plus que le rétablissement de la maladie en elle-même. Il faut également se rétablir de la stigmatisation, qui a été internalisée au plus profond de notre être ; de l'effet iatrogène des traitements ; du manque d'opportunité dans l'exercice de son auto-détermination ; des effets secondaires du chômage ; et des rêves évanouis. Le rétablissement est un processus complexe et qui prend du temps. »¹¹⁷

Ce que soulignent les militants, c'est un effet d'*aliénation sociale* qui se surajoute à la maladie (et on pourrait ajouter par rapport à la formulation d'Anthony où c'est à l'individu de « se rétablir de la stigmatisation internalisée », que pour les plus militants il faudrait surtout *lutter contre* cette stigmatisation). On peut d'ores et déjà noter ici que la prise en compte de ces facteurs environnementaux sous la forme d'une aliénation sociale – qu'elle s'origine dans les institutions soignantes ou sous la forme de discriminations dans le monde ordinaire – est une des « jambes » du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, selon l'expression de Tosquelles, l'autre étant l'aliénation psychopathologique (ou encore, les deux jambes sont le marxisme et la psychanalyse).

La critique selon laquelle les militants du rétablissement obèreraient les aspects psychopathologiques de la maladie n'est pas fondée. Le mouvement du rétablissement ne marche pas non plus sur une seule jambe. L'idée selon laquelle la maladie serait entièrement due à une aliénation sociale est minoritaire dans les écrits (sauf chez les militants qui sont très influencés par Laing et Szasz). C'est plutôt la *stagnation* dans la maladie et la détresse qu'elle induit – en tant qu'elle crée une « position de patient » – qui sont attribuées à ces facteurs. Il demeure que, pour le militant Dan Fisher et bien d'autres, « ce sont moins des situations biologiques que certaines situations sociales (d'exclusion) qui vont provoquer chez des personnes la détresse donnant lieu à la maladie mentale »¹¹⁸. Pour lui, l'étiquette (*label*) de malade mental interrompt tout rôle que la personne pourrait prendre dans la société, et cela est en partie dû à la conception de la maladie mentale chronique dans le modèle médical :

« La meilleure définition que je peux donner du rétablissement est celle d'une découverte de soi, d'un *nouveau départ*. L'aspect le plus important de l'*empowerment*, c'est de pouvoir changer la définition de la maladie mentale. Car, tant que nous croyons que la maladie est un désordre permanent, nous serons piégés dans une position d'impuissance face à notre condition. Bien sûr, la seule chose qu'on

117. ANTHONY, *op. cit.* (cf. n° 113).

118. FISHER, DANIEL et AHERN, LAURIE, « PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment », *Santé mentale au Québec*, 27 2002, Nr. 1.

nous dira, c'est de prendre nos médicaments pour stabiliser notre état. Mais ceux qui sont passés par là veulent davantage que se maintenir, ils veulent se rétablir complètement et redevenir membre à part entière de la société. »¹¹⁹

Le rétablissement comme un acte de libération

Reprochant au modèle médical les liens « coercitifs, paternalistes et infantilissants » qui demeurent entre les professionnels et les personnes soignées, et qui entretiennent « une dépendance permanente envers le système de santé et la médication » et dégradent les relations de confiance entre les acteurs, Fisher préconise un modèle « d'accompagnement personnalisé à la vie en communauté » où l'intervention de professionnels n'est pas exclue, mais où le soutien social, par les pairs et le *self-help*, est le facteur clé. Pour le militant des *hearing voices*¹²⁰ Ron Coleman, sortir du rôle de patient consiste notamment à « se ré-approprier son expérience de la folie » (réduite à des symptômes impersonnels) comme un « acte de libération » (en rapport avec un pouvoir qui aurait été confisqué par la psychiatrie). Cela n'exclut pas l'intervention de professionnels qui peuvent soutenir cette re-prise de pouvoir, à condition qu'ils agissent en plaçant la personne au centre de leurs interventions (*person-centred help*), ce qu'il qualifie par le respect de ses choix, de son expérience, de ses capacités et de la temporalité qu'elle choisit¹²¹.

Il y a donc une dimension sociale au rétablissement existentiel, au minimum, en ce qui concerne les modalités d'interventions des services de santé mentale.

Empowerment et soutien par les pairs

La promotion du rétablissement existentiel s'oriente essentiellement vers un « empowerment », au sens d'une plus grande maîtrise de sa maladie et d'une auto-détermination dans ses choix de traitements. Au niveau de la psychopathologie, il s'agit de ne pas rester seul avec ses symptômes, d'échanger, d'apprendre à reconnaître l'irruption des symptômes, de disposer de groupes d'entraide entre pairs¹²² pour développer ses propres stratégies pour y faire face (*coping*), d'être informé et s'informer mutuellement de l'effet des médicaments. De plus en plus, ce type de support se développe aussi sur Internet au travers de forum

119. FISHER et AHERN, *op. cit.* (cf. n° 118).

120. L'objectif de ces groupes est de développer des stratégies pour faire face à ses voix. L'échange avec les pairs permet, d'une part, de ne pas rester isolé avec ses voix et, d'autre part, de "donner du sens" à leur contenu, de le lier à l'histoire personnelle, de se ré-approprier les symptômes de la maladie.

121. Ron Coleman propose dans ce sens le programme « COPS », *choice-ownership-people-self*.

122. Dans la littérature, ces groupes sont appelés *self-help* ou *mutual-help* ou *peer-support group*, comme les *hearing voices group*

sur des sites ou plus individuellement, via les média sociaux¹²³. En dehors des groupes d'entraide où la présence de soignants n'est généralement pas souhaitée, l'empowerment dans son sens initial de remise en question des pouvoirs consiste à redéfinir les rapports entre soignants et soignés et la conception médicale de la maladie, voire à former des professionnels « experts » qui ont traversé la maladie. Au niveau des politiques de soin, cela se traduit aussi par une participation à l'élaboration des programmes de soins institutionnels au travers d'une *co-construction* des protocoles.

●●● Notons qu'en pratique cette co-construction, mise en oeuvre par exemple dans les *Recovery colleges* en Angleterre, reste encore très formelle. J'ai eu l'occasion de participer à trois sessions de deux jours que la NHS (*National Health Service*) organisait en 2015 sur ce thème et la formule *Not just a token* (pas seulement une case à cocher) que l'on retrouve dans toutes ses brochures sur le rétablissement m'a plutôt laissé l'impression contraire. Nous n'étions que deux ou trois soignants, dont un animateur, sur une quinzaine de personnes. Les sessions ressemblaient de ce fait davantage à un "travail entre pairs" sur un "sujet de la NHS", dont elle attendait des idées (ou qu'elle veut faire apparaître comme actions dans un mouvement soi-disant *bottom-up*). Etant donné les différences dans les conceptions de la maladie, de statut, de langage, et le fait que ces rencontres soient organisées *par* la NHS, on aurait pu espérer que ces sessions de co-construction soient l'opportunité d'un travail plus paritaire et avec l'engagement d'un dialogue authentique. À ma question aux organisateurs sur le petit nombre de soignants présents, il m'a été répondu que, bien que cela soit comptabilisé en temps de travail, la participation se faisait sur la base du volontariat et qu'il n'y avait pas eu d'inscrits. ●●●

Notons aussi que cet appel à une redéfinition du rapport entre les professionnels et les personnes soignées – ainsi que le recours intensif à l'usage du témoignage de son parcours de vie dans le mouvement du rétablissement – est également à l'origine de témoignages de professionnels ayant connu la maladie (eux-mêmes ou, majoritairement dans l'ouvrage, un de leurs proches), comme dans le recueil *Breaking the silence*¹²⁴.

2.2.2 Modélisation du processus de rétablissement

Quelques éléments de bibliométrie

En terme quantitatif de nombre d'articles publiés, la bibliométrie révèle que la recherche sur le rétablissement en santé mentale est toujours plus active. Jusqu'en 2005, moins d'une centaine d'articles internationaux par an étaient recensés, alors qu'au cours de ces dernières années, ce sont plus de 700 publications qui paraissent chaque année (source *Web of Science* avec les mots clés

123. NASLUND, JA *et al.*, « The future of mental health care : peer-to-peer support and social media », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25 2016.

124. HINSHAW, STEPHEN P, *Breaking the Silence : Mental Health Professionals Disclose Their Personal and Family Experiences of Mental Illness*, Oxford University Press, USA, 2008.

recovery and mental health dans le titre ou le résumé). L'essentiel de la littérature provient des États-Unis, de l'Angleterre, de l'Australie et du Canada. Les thèmes de recherche incluent les « déterminants » du rétablissement, au sens des facteurs ayant une incidence sur le rétablissement *individuel*, les « étapes » ou les processus du rétablissement, les « principes » et les « valeurs » qui en découlent pour un service de soin et la façon de les mettre en oeuvre. Ces publications émanent principalement de chercheurs ou de praticiens. Une abondante littérature de témoignages de patients et *survivors* existe également sous la forme d'ouvrages monographiques ou de recueils (ou encore de chapitres de livres de chercheurs) et, en plus grand nombre encore, sous la forme de récits courts dans des brochures émanant des services de santé mental ou postés sur des sites Internet dédiés au rétablissement.

Parmi les articles de recherche, on trouve relativement peu de publications utilisant des méthodes quantitatives. On en trouve sur de petits échantillons, lorsque les recherches visent à évaluer un programme précis, ou encore lorsqu'elles visent à valider un facteur particulier comme déterminant d'un point de vue psychologique (par exemple le rôle de la stigmatisation internalisée sur l'estime de soi). Les méthodes utilisées sont surtout *qualitatives*, comme l'analyse de discours en première personne grâce à des techniques d'explicitation issue de la phénoménologie qui se fondent sur les récits des personnes témoignant de leur rétablissement¹²⁵. Ces méthodes sont présentées comme constituant non seulement un complément indispensable aux études quantitatives encore balbutiantes sur le sujet, mais comme ayant également l'avantage d'inclure la personne dans la recherche, en tant que partenaire et pas en tant qu'objet d'études. En ce sens, elles contribueraient au processus de rétablissement et permettraient aux chercheurs non-usagers de travailler sur leurs préjugés sur la maladie.

Difficultés conceptuelles

La synthétique étude bibliographique de Slade et al.¹²⁶ recense 429 publications (parmi 7431 identifiées) et dont 105 présentent des conceptualisations différentes du rétablissement, dans le sens où le rétablissement peut-être considéré comme une guérison/une rémission, une position existentielle, comme un processus d'empowerment ou comme un but qui serait évalué cliniquement, fonctionnellement ou subjectivement, comme individuel ou collectif... faisant l'objet de définitions philosophiques, opérationnelles ou ancrées sur les récits (*grounded*

125. Voir par exemple : DAVIDSON, L., *Living outside mental illness : Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, NYU Press, 2003 ;

ou encore : COHEN, B. M.Z., *Mental health user narratives : new perspectives on illness and recovery*, Palgrave Macmillan, 2008 ;

ou l'article très illustré de STRAUSS, J., « Subjectivity and Severe Psychiatric Disorders », *Schizophrenia bulletin* 37 2011, Nr. 8–13.

126. SLADE, M *et al.*, « International differences in understanding recovery : systematic review », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21 2012.

theory).

En terme de rétablissement existentiel (présenté aussi comme *personnel, expé-rientiel, individuel* ou *subjectif*), les chercheurs qui se fondent sur les témoignages d'usagers s'accordent pour le considérer comme un *processus*. Une méta-étude de Davidson et al.¹²⁷ sur les différents modèles proposés par les chercheurs de ce champ, reconstruit un certain nombre de points relativement stables dans ce cheminement (*personal journey*) qui sont facilités ou freinés par certains facteurs (des déterminants que nous détaillons dans la suite). Mais comme le souligne Liberman et Kopelowicz¹²⁸, qui cherchent à établir un modèle « scientifique » fondé sur des valeurs opérationnalisées et mesurables, un des problèmes inhérent au rétablissement reste que les déterminants de ce processus peuvent aussi être considérés comme des résultats du processus¹²⁹. Ainsi de l'optimisme, l'espoir, l'estime de soi qui peuvent à la fois être considérés comme moteur dans le processus ou comme résultat du rétablissement. Anne Donahue, qui a traversé une dépression profonde, l'illustre bien. Elle écrit, à propos du rétablissement :

« Cette supposition de capacité me dérange... Si je *pouvais* me lever du lit ou sortir de mon état paralysie sur le canapé à ce moment-là, je le ferais. Et pour dire vrai, une partie de la raison pour laquelle je *ne peux pas*, c'est que je ne veux pas. Je ne suis pas capable de ces fonctions de haut niveau telles que l'empowerment, ou même d'éprouver du désir. Je suis vidée de tout intérêt pour ma survie. Je ne veux pas me sentir mieux, mais je ne choisis pas d'être dans cet état. Je suis ici simplement parce que mon cerveau – le médiateur de mon intelligence – est dans un état de suffocation, et aucun programme de rétablissement couvert de sucre ne remettra ma neurochimie dans le droit chemin. »¹³⁰

La question de fond du rétablissement existentiel (telle qu'elle est posée dans l'essentiel de la littérature) est de savoir *si* et *comment* un individu peut exercer un contrôle sur sa maladie psychique et sur son environnement, de sorte qu'il ne se retrouve pas dans une stase qui empêche tout devenir. Nous allons l'évoquer sans aborder, dans un premier temps, les raisons établies, d'ordre économiques et

127. DAVIDSON, L. *et al.*, « Applying stages of change models to recovery from serious mental illness : contributions and limitations », *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 47 2010, Nr. 3.

128. LIBERMAN, ROBERT PAUL et KOPELOWICZ, ALEX, « Recovery from schizophrenia : a challenge for the 21st century », *International Review of Psychiatry*, 14 2002.

129. Notons que la définition du rétablissement proposée par Liberman et ses collaborateurs – du fait que celui-ci est décrit par des *outcomes* mesurables destinés à comparer l'efficacité des modèles d'intervention et donc peuvent paraître stéréotypés – est largement critiquée, notamment par Slade qui la résume à une caricature : « Une définition largement utilisée est que le rétablissement comprend une rémission complète des symptômes, un travail à temps plein ou à temps partiel ou le suivi d'une formation, une vie autonome sans supervision par des professionnels du soin et des amis avec lesquels des activités peuvent être partagées, tout cela soutenu pendant 2 ans. » In SLADE *et al.*, *op. cit.* (cf. n° 126).

130. DONAHUE, ANNE B, « Riding the mental health pendulum : Mixed messages in the era of neurobiology and self-help movements », *Social Work*, 45 2000, Nr. 5, ma traduction.

sociales (comme la pauvreté, le chômage, la stigmatisation et la discrimination), qui constituent un frein au rétablissement en contribuant de façon évidente au *dis-empowerment* des personnes concernées. Nous n'aborderons la question du rétablissement « collectif » et émancipatoire qu'au travers d'une critique de l'appropriation du concept de rétablissement par les politiques de santé mentale. Avec ces restrictions, nous n'aborderons donc pas non plus la question du « si », c'est-à-dire de la possibilité d'un contrôle de l'individu sur sa maladie psychique, puisque la raison implicite du rétablissement existentiel est précisément que ça l'est. Reste donc à déterminer, selon la littérature sur le sujet, « comment » se produit ce rétablissement subjectif.

Le rétablissement comme un processus et non un but ultime

Dans sa définition expérientielle de cheminement personnel, le rétablissement est considéré comme un processus et pas un état final à atteindre. Dans la littérature, ce processus est décrit comme *singulier* et *non-linéaire*, dans un sens qui sera discuté dans la suite.

Plusieurs chercheurs ont proposé une succession d'étapes pour le modéliser, depuis une prise de conscience d'un rétablissement possible (dont l'*espoir* est un déterminant commun aux modèles) jusqu'au sentiment d'une amélioration sensible en terme de qualité de vie.

Détaillons brièvement les modèles les plus influents sur les pratiques en santé mentale et les déterminants du rétablissement qui les sous-tendent.

En Australie, Retta Andresen et ses collaborateurs ont conceptualisé le processus de rétablissement en cinq stades, en se fondant sur des récits d'expériences¹³¹. Ces stades ont ensuite été formalisés dans le modèle STORI (*Stages of Recovery Instrument*), permettant d'évaluer l'avancement dans le processus¹³².

●●● Les cinq stades du modèle STORI sont : le "moratoire" (*moratorium*), un temps de repli, un sentiment de perte et de désespoir ; la "conscience" (*awareness*), un espoir qu'une vie satisfaisante est néanmoins possible ; la "préparation" (*preparation*), un inventaire de ses ressources et faiblesses, une prise de contact avec des pairs ; la "reconstruction" (*rebuilding*), la reconstruction d'une identité positive et la définition de buts qui ont un sens personnel ; et la "croissance" (*growth*), où un équilibre de vie (*full and meaningful life*) est atteint même si des symptômes de la maladie persistent. ●●●

Dans ce modèle, le rétablissement individuel est défini comme un « rétablis-

131. ANDRESEN, R., OADES, L. et CAPUTI, P., « The experience of recovery from schizophrenia : towards an empirically validated stage model », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 2003.

132. ANDRESEN, RETTA, CAPUTI, PETER et OADES, LINDSAY, « Stages of recovery instrument : development of a measure of recovery from serious mental illness », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 2006.

sement psychologique » où il s'agit de « parvenir à une vie pleine et satisfaisante, et un sentiment d'identité positif fondé sur l'espérance (*hopefulness*) et l'auto-détermination ». C'est un modèle séquentiel, qui tient compte d'une *non-linéarité* du processus, au sens où des rechutes éventuelles sont possibles, mais elles ne se traduisent pas en terme de retour à un stade précédent (« *once you have been there, you know you can – hence it is likely to be easier to go back* »¹³³). Les auteurs identifient quatre déterminants clés du processus : trouver et maintenir *l'espoir* ; ré-établir une *identité positive* ; trouver *un sens à sa vie* ; prendre des *responsabilités* pour soi-même. Notons que ce sont des déterminants qui ne se réfèrent pas à un comportement, mais à des expériences de vie. Dans cette approche psychologique du rétablissement, tous les outils de la « psychologie positive » (de la promotion de la santé, du bien-être, de la résilience, de l'épanouissement ou de l'accomplissement de soi) peuvent être utilisés pour soutenir le processus¹³⁴. Le modèle se revendique clairement *intra-personnel*, sans pour autant dénier les facteurs économiques et sociaux qui sont un frein au rétablissement. Son objectif est de cerner le processus intra-psychique du rétablissement d'après le témoignage d'individus qui en font l'expérience, et c'est dans leurs discours – fussent-ils influencés par le discours contemporain – que l'analyse puise ses éléments clés (*i.e.* qui font partie du champ lexical de la psychologie positive, comme « *wellbeing, courage, strength, wisdom, hope, goals, values, resilience* », ce que les auteurs explicitent dans leur plus récent ouvrage¹³⁵). En toute logique, une comparaison avec les rares échelles de mesure qui sont spécifiques au rétablissement individuel donne de bonnes corrélations entre les déterminants identifiés et le degré de rétablissement, puisque celles-ci se fondent également sur des témoignages. Il s'agit essentiellement de deux échelles, souvent citées car elles ont été validées pour la mesure du rétablissement individuel : le RAS (Recovery Assessment Scale) développé aux États-Unis par Patrick Corrigan et al., et le MHRM (Mental Health Recovery Measure).

Des déterminants du même ordre sont mis en avant dans le programme IMR (*Illness Management and Recovery*), développé aux États-Unis par Patrick Corrigan et ses collaborateurs, et promu par le SAMHSA (*Substance Abuse Mental Health Services Administration's*). Selon IMR :

« Le rétablissement commence à partir du moment où les personnes avec une maladie mentale découvrent, ou redécouvrent, leurs forces

133. ANDRESEN, RETTA, OADES, LINDSAY G et CAPUTI, PETER, *Psychological recovery : Beyond mental illness*, John Wiley & Sons, 2011, p. 116.

134. Le modèle se veut *entre* "le modèle fondé sur la réhabilitation" (qui supposerait, selon les auteurs, que la maladie est incurable mais que la personne doit apprendre à vivre avec ses vulnérabilités) et "le modèle fondé sur l'empowerment" (qui supposerait que la maladie, en tant que réaction à l'environnement, n'a rien de biologique et que l'empowerment permet de retourner à un état d'avant la stigmatisation). D'après ANDRESEN, OADES et CAPUTI, *op. cit.* (cf. n° 131).

135. ANDRESEN, OADES et CAPUTI, *op. cit.* (cf. n° 133), p. 119.

et leurs capacités pour poursuivre des buts personnels et développent un sentiment d'identité qui leur permet d'aller de l'avant, au-delà de leur maladie mentale »¹³⁶.

Ce protocole est orienté vers la psycho-éducation et contient des programmes ayant pour buts une meilleure connaissance de la maladie et de ses traitements, ainsi que le développement d'habiletés d'adaptation (*coping skills*) et de stratégies de prévention des rechutes.

Modèles présentant quelques variantes

Sans qu'en découle de protocole spécifique, d'autres auteurs décrivent également le rétablissement en terme de processus, mais d'une manière un peu différente et pourraient être brièvement citées ici.

Aux Etats-Unis, Onken¹³⁷ par exemple, adopte une position écologique et systémique. Cette orientation lui permet de distinguer un changement d'ordre I, concernant l'effet du rétablissement sur l'individu, et un changement d'ordre II, concernant le regard que la société porte sur la maladie mentale, et plus concrètement sur l'intégration du rétablissement dans les services d'aide.

Citons également Geanellos¹³⁸, en Australie, qui décrit les états que traversent les personnes atteintes de schizophrénie du début de leur trouble jusqu'au rétablissement en faisant appel au concept de résilience et à l'ego-psychologie. Selon Stieffrate-Nascimento¹³⁹, qui a proposé une analyse du processus d'émergence de la résilience, la perspective de Geanellos, en considérant celle-ci comme déterminante à chaque stade du rétablissement, permet de considérer qu'une intervention visant le renforcement de la résilience, et donc du rétablissement, à tout moment est possible. Nous reviendrons sur ce concept de résilience et sur son rapport avec le rétablissement au paragraphe 2.3 de ce chapitre.

Synthèse des modèles

Au regard des redondances que présentent ces différentes propositions, Davidson, dans sa méta-étude¹⁴⁰, se réfère aux cinq stades du modèle trans-théorique du changement élaboré par Prochaska¹⁴¹ au sein desquels il situe les étapes identifiées dans dix modèles publiés entre 1992 et 2003. Le modèle de Prochaska,

136. MUESER, KIM T *et al.*, « Illness management and recovery : a review of the research », *Psychiatric services*, 53 2002, Nr. 10, ma traduction.

137. ONKEN, S. J. *et al.*, « An analysis of the definitions and elements of recovery : A review of the literature », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 2007, Nr. 1.

138. GEANELLOS, R., « Adversity as opportunity : Living with schizophrenia and developing a resilient self », *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 2005.

139. IONESCU, S., STIEFFATRE-NASCIMENTO, M. et GOUSSÉ, V., Chap. La résilience des personnes présentant des troubles mentaux : perspectives pour l'intervention In « Traité de résilience assistée, dir. Serban Ionescu », PUF, 2011.

140. DAVIDSON *et al.*, *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 47 [2010], *op. cit.* (cf. n° 127).

141. PROCHASKA, J.O., DiCLEMENTE, C.C. et NORCROSS, J.C., « In search of how people change - Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, 47 1992, Nr. 9.

proposé initialement pour des personnes présentant une addiction, est assez souple pour avoir été utilisé dans différents contextes depuis son développement dans les années 70. Davidson synthétise donc le processus de rétablissement de la manière suivante. A la première phase, caractérisée par la confusion et l'anxiété et où la personne est loin de songer à un quelconque rétablissement (*pre-contemplation*), succède une phase de confrontation à la maladie, d'où émerge l'espoir d'une amélioration (*contemplation*). S'en suit un travail de deuil de certains projets d'existence et des images de soi que la maladie a d'abord brisée, et une ré-écriture des forces et des faiblesses qui permettront de surmonter l'auto-stigmatisation (*preparation*). Une autre étape est encore d'apprendre à vivre avec sa propre vulnérabilité (*action*) pour enfin développer de nouvelles manières de vivre et de s'imaginer dans de nouvelles perspectives (*maintien*). Le modèle n'exclut pas les rechutes et la ré-entrée dans le processus et il est considéré que les phases d'action et de maintien ne seront pas nécessairement linéaires.

Ce premier tour d'horizon de la littérature suscite au moins deux commentaires. Le premier concerne le choix d'un modèle pour décrire le processus du rétablissement et le second la notion invoquée de non-linéarité.

Critique du choix des modèles par stades et alternative possible

Tout d'abord, considérant le flou qui entoure les processus subjectifs à l'oeuvre dans l'expérience du rétablissement, et quitte à réduire ce processus dans un modèle, pourquoi – au lieu de choisir un modèle par stades – ne pas tenter d'en tester de plus continus (la continuité n'excluant pas la non-linéarité) ?

Un modèle de *germination-croissance*, par exemple, tel que ceux qu'on utilise pour décrire les transformations naturelles, ne me paraît pas moins adapté au sujet. Ces modèles décrivent une transformation spatio-temporelle par la germination continue d'entités qui croissent au sein de la matrice qui leur a donné naissance. En sciences des matériaux, ils sont utilisés pour modéliser la cristallisation depuis un liquide, la précipitation d'éléments en sursaturation, les changements de structure à l'état solide, la recristallisation...

Dans ce domaine, les modèles dits JMAK, du nom de leurs auteurs Johnson-Mehl-Avrami-Kolmogorov (mais plus connus sous le nom de « modèles d'Avrami »), ont été proposés dans les années 40 et traduisent une évolution en forme de courbe en S , où un volume mère est progressivement remplacé par la nouvelle phase. Les évolutions décrites ne sont pas à confondre avec les lois, peut-être plus connues, de croissance exponentielle. Au contraire, elles en présentent une déviation, car il est considéré d'une part que la transformation a lieu dans un volume matriciel limité et, d'autre part, que la nature de ce milieu peut changer en

cours de transformation, du fait même de cette transformation. Ici, l'évolution est très lente au début (pendant un temps dit d'incubation ou de germination), puis très rapide (pendant la croissance des germes), et enfin sature, voire n'atteint jamais 100%. Le ralentissement final s'explique par le fait qu'il n'y a quasiment plus de phase mère pour nourrir le processus et que cette matrice résiduelle est généralement pauvre en énergie ou en hétérogénéités, c'est-à-dire en force motrice pour la transformation. Ces modèles sont assez peu utilisés en sciences humaines¹⁴² (ils sont pourtant connus de tout chercheur ou étudiant ayant eu à écrire un mémoire...).

L'intérêt de ce type de modèles pour le rétablissement est de plusieurs ordres. D'abord, et par construction, ils permettent de modéliser un *changement de position* (de phase, dans l'univers de référence du modèle) qui *ne* se produit *pas* de façon linéaire. Ensuite, en particulier pour le modèle JMAK, ils supposent une germination, donc *en lien avec l'état interne* de l'objet et de ses germes potentiels. Ajoutons que la façon dont la cinétique de cette transformation est modélisée tient nécessairement compte des paramètres *externes* qui favorisent ou défavorisent la croissance des germes (comme un apport thermique, un champ magnétique ou une sollicitation mécanique). Enfin, ces modèles concilient bien un changement radical avec *l'inachèvement* dans l'atteinte de la nouvelle position (rejoignant alors l'idée d'être *en* rétablissement).

Par rapport au modèle de Prochaska, que Davidson choisit comme référence, les stades de *Pré-contemplation*, *Contemplation*, *Préparation*, voire d'*Action*, peuvent être considérées comme un moment d'incubation où des germes stables se forment (c'est une question de « traces » dans l'objet et de « structuration » de ces traces, point sur lequel nous reviendrons dans la suite). C'est d'ailleurs plutôt dans ce moment là – où il ne se passe rien de visible – que se situerait la non-linéarité (au contraire des phases d'*Action* et de *Maintien*, comme le suggère Davidson). En effet, un germe ne devient stable que s'il atteint une taille critique (ce point sera également développé plus loin) et il n'atteint ce point critique que par un petit détail qui fait une grande différence. Sans ce détail qui le fait basculer dans la stabilité, il se défait et se dissout à nouveau dans la matrice. La germination qui se produit au début (et tout au long) de la transformation est l'étape cruciale du processus, même si on ne la reconnaît qu'après-coup, lorsque la croissance a eu lieu.

142. D'une manière plus générale, on peut classer le modèle JMAK dans les modèles de « courbe en S » qui décrivent le cycle naturel de *naissance-croissance-maturité-déclin-mort*. En dehors des sciences naturelles et des sciences physiques, ils sont utilisés en économie pour modéliser le cycle de vie d'un produit (et notamment en bibliométrie pour évaluer l'évolution des nombres de citations au cours du temps ou le degré d'obsolescence d'articles par exemple). Ils sont aussi utiles pour prédire l'évolution de technologies émergentes lorsqu'elles dépendent de ressources limitées ou encore dans la prédiction de changements démographiques. Voir par exemple KUCCHARAVY, DMITRY et DE GUIO, ROLAND, « Application of S-shaped curves », *Procedia Engineering*, 9 2011.

Conception de la non-linéarité du processus

Revenons maintenant sur la notion de non-linéarité, qui est exprimée comme allant de soi par de nombreux auteurs, et qui est notamment explicitée dans un article de Davidson intitulé *Qu'est-ce que signifie de dire que le rétablissement est "non-linéaire" ?*¹⁴³. Le titre de l'article suggère que la notion est difficilement comprise. Mais de fait, la façon dont Davidson la décrit par des segments de droites montantes et descendantes, correspond à une évolution *non-monotone* (une évolution monotone est toujours croissante ou toujours décroissante) et pas spécifiquement non-linéaire. De même lorsqu'il explicite que le rétablissement se produit avec des avancées-retours, faits de progrès et d'échecs, voire de périodes de rémission et de crise dans la pathologie, il ne fait que montrer l'absence de monotonie du processus. Une évolution *non-linéaire*, en revanche, traduirait l'absence de proportionnalité entre l'effet et la cause qui l'a déclenché. Ce n'est pas la même chose. Or il semble que cette non-linéarité intervient de fait dans les processus de rétablissement, comme dans les phases de prise de conscience, ou dans le fait d'aller de l'avant, qui permet l'action, qui renforce la confiance, qui permet une seconde action beaucoup plus facilement que la première, etc. pour ne donner l'exemple que des phases "ascendantes" du processus.

Il me semble aussi intéressant d'un point de vue pratique, de mettre cette non-linéarité du processus en parallèle avec la façon dont la psychothérapie institutionnelle en tient compte, en insistant sur l'attention à porter aux moindres détails, en accordant toute son attention à la quotidienneté. Cela rejoint par ailleurs la formalisation du changement selon la théorie des catastrophes (René Thom), où un tout petit rien incrémental peut déclencher un changement de comportement drastique.

Au-delà de sa description en terme de processus, l'ensemble de ces recherches a permis de cerner un certain nombre de composantes essentielles du rétablissement qui n'impliquent pas seulement l'individu.

2.2.3 Les « déterminants » du rétablissement

Une attitude conditionnelle : l'espoir, les croyances, une vision optimiste de la part des soignants

La première de ces composantes est sans doute celle du rôle central de l'espoir, car il agit comme une motivation interne. Cet espoir consiste en une croyance qu'un rétablissement est possible sur le plan personnel, mais aussi qu'il est possible au sein d'une société dont le discours dominant est stigmatisant et discriminant. Cela sous-entend donc a minima que les intervenants des services

143. DAVIDSON, L., « What does it mean to say that recovery is « non-linear » ? » *Recovery to practice weekly highlights* 2 2011, Nr. 5.

d'aides croient également en cette possibilité de rétablissement, en la déconnectant des symptômes ou des habiletés fonctionnelles qu'ils observent, car ceux-ci ne préjugent pas des capacités futures de la personne à vivre comme elle le désire (et tout en gardant à l'esprit que les individus en rétablissement sont probablement ceux qu'ils voient le moins). On pourrait appeler cela une *présomption de compétence*¹⁴⁴.

Cette croyance peut être renforcée par l'expérience rapportée par les pairs qui témoignent de leur propre rétablissement, à condition toutefois que ce témoignage soit vivant et pas un récit galvanisé et répété à l'identique qui ne permettrait plus d'élaboration, ni chez celui qui témoigne – figé dans un rôle de modèle – ni chez celui qui écoute, dépassé par un récit quasi-héroïque qu'il ne peut s'approprier. Le type de témoignage que l'on trouve dans le cadre informel et interactif d'un groupe de pairs favorise peut-être davantage un apprentissage vicariant que celui qu'on entend lors des conférences.

Cette croyance et cette vision optimiste doit cependant être mise en regard de la réalité sociale, de la stigmatisation et de la discrimination réelles dont les personnes atteintes de maladies mentales sont l'objet. L'internalisation de cette stigmatisation (aussi appelée « auto-stigmatisation » dans la littérature) agit comme une force d'inhibition qui s'oppose à la force motrice qu'est l'espoir d'un rétablissement possible. Elle est à l'origine d'un cercle vicieux où l'anticipation d'une discrimination peut empêcher l'action, ou entraîner un retrait social, dont on sait qu'ils sont des facteurs clés de l'engagement dans un processus de rétablissement. Sur ce point, on pourra se reporter à plusieurs études pan-européennes qui montrent l'effet négatif de l'auto-stigmatisation sur la capacité d'agir pour la schizophrénie¹⁴⁵, pour les troubles bipolaires¹⁴⁶ et pour la dépression¹⁴⁷. Les deux premières références ont été commandées par Gamian (*Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe*), qui est une association de 32 associations de patients dont 3 françaises, et la troisième référence, qui relie l'auto-stigmatisation au dis-empowerment au travers d'une "perte de capital social", est une étude financée par la commission européenne.

Enfin, les effets de la stigmatisation venant spécifiquement de la part des soignants – que les usagers perçoivent en termes d'affects négatifs ou de distance sociale – sont également corrélés à un dis-empowerment, au travers d'une inter-

144. J'emprunte cette expression pour sa connotation juridique à PETIT, L., « Activité, expérience et présomption de compétences », *In Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Strasbourg 28-31 août 2007.

145. BROHAN, ELAINE *et al.*, « Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries : the GAMIAN-Europe study », *Schizophrenia research*, 122 2010.

146. *Idem*, « Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries : The GAMIAN-Europe study », *Journal of affective disorders*, 129 2011.

147. LANFREDI, M *et al.*, « Self-stigma as a mediator between social capital and empowerment among people with major depressive disorder in Europe : The ASPEN study », *European Psychiatry*, 30 2015.

nalisation de cette stigmatisation¹⁴⁸.

Une position éthique : l'auto-détermination

Une autre composante, tout aussi importante, est celle de l'auto-détermination qui recouvre la notion de respect des choix de vie de la personne et finalement celle de liberté. Cette perte de liberté dans tous les domaines de la vie, à partir du moment où le diagnostic est posé, est illustré de façon très vivante dans l'article de Patricia Deegan¹⁴⁹. Cette militante, comme beaucoup d'autres, dénonce les programmes de réhabilitation traditionnels, jugés trop directifs voire coercitifs, au profit de soutiens davantage centrés sur la personne.

De fait, de plus en plus d'initiatives de *self-directed care* voient le jour, dans lesquels la liberté de choix de l'individu pour ses soins est le concept central. A l'extrême, on peut citer les programmes *Money Follows the Person (MFP)*, à l'échelle de pilotes depuis 2007 dans plusieurs états américains, qui consistent en l'attribution d'une allocation pour les soins, mais dont la personne est totalement libre de l'usage qu'elle en fait. Au-delà du respect de l'auto-détermination, l'objectif de *Medicaid* était ici de soutenir le transfert des prises en charge en institutions vers la communauté (le programme *MFP* n'a cependant pas été reconduit depuis 2016).

La question qui est posée dans ce principe du respect de l'auto-détermination est celle du soutien qu'il est possible d'apporter à la capacité de choisir. Elle est étroitement liée à la notion d'empowerment.

Une visée éthique déterminante : l'empowerment

L'engagement concret dans un processus de rétablissement, fondé sur un choix auto-déterminé, implique d'être capable d'entrer en action, d'agir sur son monde. Cette capacité s'acquiert au travers d'expériences réussies qui ont un sens pour la personne et constitue donc à la fois un moyen et une visée du rétablissement. Le terme qui apparaît presque chez tous les auteurs anglo-saxons pour dire cette capacité est *empowerment*.

Ce concept, également utilisé à présent pour des individus, des organisations ou des pays dans le champ du développement international, s'est popularisé dans les années 70 aux États-Unis, au sein des mouvements de libération noire, féministe puis gay, avant que son usage ne s'étende encore dans une multitude d'autres domaines¹⁵⁰. Il est difficilement traduisible en français, car il est polysémique, son sens variant grandement en fonction du contexte dans lequel il est mobilisé.

148. WANG, KATIE *et al.*, « Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment », *Psychiatry research*, 259 2018.

149. DEEGAN, P.E., « Rethinking Rehabilitation : Freedom », *In The 20th World Congress of Rehabilitation International : Rethinking Rehabilitation. Oslo, Norway 2004*.

150. CALVÈS, A.-E., « "Empowerment" : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », *Revue Tiers Monde*, 2009, Nr. 200.

Il se rapproche à la fois de la notion d'*émancipation* et d'*autonomisation*, et est parfois traduit par *appropriation*, *habilitation*, *pouvoir d'influence* par les militants et selon les contextes. Dans la littérature francophone, il est le plus souvent traduit par *pouvoir d'agir*¹⁵¹. Dans le champ de la psychologie communautaire, où il est fréquemment utilisé, il peut se définir comme « un processus par lequel des personnes, des organisations ou des communautés exercent un contrôle sur ce qui les affecte »¹⁵². Pour des individus, Le Bossé circonscrit le terme de la façon suivante :

« Le pouvoir d'agir s'incarne ici comme un pouvoir de surmonter ou de supprimer les obstacles à l'expression de *l'être au monde*. Il s'agit avant tout *d'être en mesure d'agir*, c'est-à-dire d'avoir les moyens de se mettre en action. »¹⁵³

Dans leur repérage historique de la notion, Bacqué et Biewener¹⁵⁴ distinguent trois projets contrastés, trois « chaînes d'équivalence » correspondant à trois logiques pour lesquelles la notion a pris des sens différents. La première perspective, dite « radicale », est celle qui défend une vision alternative d'un état social. Ses militants contestent les pratiques du gouvernement sans les remettre totalement en cause, mais revendiquent un état social qui puisse faire vivre des contre-pouvoirs dans une perspective de développement des droits sociaux. La chaîne d'équivalence qui lui correspond est *émancipation - reconnaissance - distribution des ressources - justice sociale - droits politiques*.

••• Cette perspective radicale de l'empowerment se réfère, en pratique, au philosophe et pédagogue brésilien Paulo Freire¹⁵⁵ qui propose dans la *Pédagogie des opprimés*, une stratégie éducative pour transformer les rapports de pouvoir. Celle-ci est fondée sur une prise de conscience (de l'état de domination internalisé) et sur le dialogue (sur les origines de cette aliénation et sur les moyens d'actions émancipatrices). De tels ateliers de « conscientisation » ont été organisés par exemple par des associations féministes auprès de femmes pauvres des régions rurales en Asie et en Afrique. L'objectif est toujours de renforcer la confiance en soi et de construire collectivement une capacité à modifier les structures sociales oppressives, en sortant d'un discours de victimisation et en proposant des solutions *bottom-up*. Les militantes féministes, en particulier des pays dits du Sud, ont beaucoup contribué à la popularité du concept d'empowerment selon cette approche. Leur logique alternative a notamment pris une visibilité importante à la fin des années 80, au travers des publications et des interventions à l'ONU du groupe de militantes indiennes DAWN (*Development Alternatives with Women for a New Era*) prônant, au-

151. LE BOSSÉ, Y., « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'*empowerment* », *Nouvelles pratiques sociales*, 2003, Nr. 2.

152. RAPPAPORT, J., « Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention : Toward a Theory for Community Psychology », *American Journal of Community Psychology*, 15 1987, Nr. 2.

153. LE BOSSÉ, *op. cit.* (cf. n° 151).

154. BACQUÉ, MARIE-HÉLÈNE et BIEWENER, CAROLE, *L'empowerment, une pratique émancipatrice*, La Découverte, 2013.

155. FREIRE, PAULO, *Pédagogie des opprimés*. Suivi de *Conscientisation et révolution*, François Maspero, 1974.

delà d'une autonomie économique, une transformation radicale des structures sociales qui perpétuent la domination de sexe, d'ethnie et de classe¹⁵⁶. ●●●

A l'autre extrême, la perspective dite « néo-libérale », est opposée aux politiques sociales considérées comme paternalistes et génératrices de dépendance. Elle revendique des opportunités plutôt que des droits (la chaîne d'équivalence est *libre choix - concurrence - propriété - travail - responsabilité - self-help*). L'empowerment est alors envisagé pour les individus (et pas pour les communautés) dans un objectif de se soustraire à la pauvreté par le travail et l'autosuffisance économique.

Entre ces deux projets, la perspective de « la troisième voie », ne revendique pas de transformation des rapports économiques contrairement au projet le plus radical, mais la multiplication des opportunités, l'inclusion et l'action communautaire :

« A l'instar des conservateurs, l'*empowerment* est présenté comme une alternative au paternalisme et à un État social jugé inefficace : la responsabilité individuelle et la démarche de *self-help* sont mises en avant au détriment des droits sociaux. Pour autant, la notion d'*empowerment* ne s'inscrit pas exactement dans la même chaîne d'équivalences. Elle est ici articulée avec les objectifs de modernisation ou de réinvention des formes de gouvernement et avec les notions de *community*, capital social, égalité des opportunités, responsabilité, emploi, inclusion et citoyenneté, rejoignant de bien des points de vue la rhétorique social-libérale qui émerge à la même époque dans les grandes institutions internationales. »¹⁵⁷

C'est en effet au début des années 2000 que le concept a été repris et largement médiatisé par les agences internationales de développement, et notamment la Banque Mondiale, où l'*empowerment* apparaît dans les discours sur la pauvreté. Comme le souligne Calvès¹⁵⁸, la définition que ces institutions donnent à la notion évolue au fil du temps. Le terme, d'abord traduit par *insertion* des pauvres (« Les pauvres sont d'abord et avant tout des gens qui n'ont ni droit à la parole ni pouvoir »¹⁵⁹), apparaît comme l'un des trois piliers de la lutte contre la pauvreté avec les *opportunités* et la *sécurité matérielle*. La visée de l'empowerment est alors que « les pauvres disposent de moyens d'influer sur les institutions d'État qui jouent un rôle dans leur existence en participant à la vie politique et aux processus de décision locaux »¹⁶⁰, déplaçant l'accent antérieurement mis

156. SEN, GITA et GROWN, CAREN, *Development, crises and alternative visions - Third world women's perspectives*, New Feminist Library, 1987.

157. BACQUÉ et BIEWENER, *op. cit.* (cf. n° 154), p. 111.

158. CALVÈS, *op. cit.* (cf. n° 150).

159. BANQUE-MONDIALE, *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 - Combattre la pauvreté*, Éditions Eska, 2001, p. 133.

160. *Ibid.*, p. 46.

sur le manque de pouvoir économique vers la dimension politique du pouvoir. Il prend ensuite davantage le sens d'*autonomisation* dans un rapport de 2002 où il fait référence aux *avoirs* (biens matériels, physiques ou financiers) et aux *capacités* d'utiliser ces avoirs (se référant alors à l'approche d'Armatya Sen) :

« L'autonomisation [*empowerment*, dans la version anglaise du rapport] est l'accroissement des avoirs et des capacités des personnes pauvres, dans le but de leur permettre de mieux participer, négocier, influencer, maîtriser et responsabiliser les institutions qui ont une incidence sur leurs vies. »¹⁶¹

Pour Calvès, le concept, conçu à l'origine (*i.e.* dans sa version radicale) pour remettre en cause le modèle *top-down* par un modèle *bottom-up*, a été instrumentalisé au service du statu quo :

« Avec sa cooptation progressive par les institutions internationales de développement, [...] l'*empowerment* devient peu à peu un concept vague et faussement consensuel, qui assimile le pouvoir aux choix individuels et économiques, dépolitise le pouvoir collectif perçu comme harmonieux, et est instrumentalisé pour légitimer les politiques et les programmes *top down* existants. »¹⁶²

Ce point de vue rejoint celui de la féministe brésilienne Cecília Sardenberg, qui distingue ce qu'elle appelle « l'empowerment libérateur » de « l'empowerment libéral »¹⁶³. L'*empowerment libéral* considère l'empowerment des femmes comme un instrument pour le développement (comme l'éradication de la pauvreté ou la construction de la démocratie). Cette approche se focalise sur le développement individuel et dé-politise le processus en mettant l'accent sur des moyens techniques et instrumentaux qui sont supposés pouvoir faire l'objet d'un apprentissage. A l'opposé, l'*empowerment libérateur* met les relations de pouvoir au centre de son action. Le processus par lequel les femmes atteignent autonomie et auto-détermination est alors *à la fois* un but, et un moyen pour éradiquer la domination patriarcale. Selon cette approche, les actions à mener sont essentiellement collectives. Cette approche donne à la conception du pouvoir – au lieu d'un *pouvoir de* (en terme de ressources) ou *pouvoir sur* (en terme de domination) – la valeur d'un *pouvoir d'agir* au sens du « pouvoir comme la capacité d'agir et de se transformer soi-même, les autres, et le monde »¹⁶⁴.

L'empowerment dans sa version libérale consiste donc à lever les barrières sociales et culturelles qui empêchent l'égalité d'accès aux opportunités de dévelop-

161. NARAYAN, DEEPA, *Autonomisation et réduction de la pauvreté*, Traduction de : *Empowerment and poverty reduction. A sourcebook* (2002), Éditions Saint-Martin, 2004, p. 18.

162. CALVÈS, *op. cit.* (cf. n° 150).

163. SARDENBERG, CECÍLIA M.B., « Liberal vs. Liberating Empowerment : A Latin American Feminist Perspective on Conceptualising Women's Empowerment », *IDS Bulletin*, 39 2008, Nr. 6.

164. ALLEN, AMY, « Feminist Perspectives on Power », *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2005, revised 2016 (URL: <https://plato.stanford.edu/entries/feminist-power/#PowEmp>).

pement, sans remettre en cause les structures de pouvoir qui sont à l'origine de ces discriminations. C'est un empowerment qui ne donne pas le pouvoir de changer les relations de pouvoir. Les éléments clé de l'empowerment mis en avant dans les rapports de la Banque Mondiale par exemple (*l'accès à l'information*, la *démarginalisation par la participation*, les mécanismes de *responsabilisation* et la *capacité organisationnelle locale*¹⁶⁵) ne questionnent pas les raisons pour lesquelles ces situations d'exclusion sont observées. Le résultat en est un empowerment qui se produit « sans conflits »¹⁶⁶, qui est *donné* sous la forme de compensations, de micro-crédits (qui « transforment les pauvres en entrepreneurs pauvres »¹⁶⁷) ou de techniques d'apprentissage (j'ai mentionné page 58 les *Recovery Colleges* de la NHS en Angleterre qui me semblent correspondre à cette pratique).

Dans le champ de la santé mentale, l'accent mis sur l'empowerment dans le rétablissement sous-entend d'une part qu'un certain sentiment d'impuissance est intrinsèquement à imputer à la maladie ou/et à l'internalisation d'un statut de malade, et d'autre part que le pouvoir d'agir est à reconquérir car il a été historiquement confisqué au travers de la discrimination et de la stigmatisation dont sont victimes les usagers. Il est donc possible de dépasser, ou au moins de repousser, cette condition d'incapacité, de sentiment d'impuissance, de *dis-empowerment*. Ces présupposés du mouvement recovery conduisent à deux axes de travail : l'un concernant l'individu et la reconquête de capacités amoindries par la maladie, et l'autre plus politique, relatif à la lutte contre la stigmatisation sociale et la discrimination.

L'ouvrage de Greacen et Jouet¹⁶⁸ consacre sept articles sur l'acception de l'*empowerment* en santé mentale. On constate qu'en pratique, l'empowerment est majoritairement envisagé dans son versant individuel, comme une « éducation thérapeutique », où le patient apprend à gérer soi-même les symptômes de sa maladie. Les groupes d'entraide (comme les *hearing voices*) peuvent participer à cette prise de contrôle sur la maladie. La « remédiation cognitive » et la « réhabilitation psychosociale », sont également des moyens promus par l'approche du rétablissement par l'empowerment, en tant qu'ils répondraient à un besoin de maîtrise de la maladie, et que l'individu y gagnerait en qualité de vie au quotidien. Les programmes d'aide à l'accès au logement ou au travail en milieu ordinaire vont plutôt dans le sens d'une compensation liée à la discrimination sociale. Il s'agit de soutenir une insertion, qui, se faisant, renforcerait le sentiment de cohérence "identitaire" (normalisé) et potentiellement la capacité décisionnelle de l'individu.

165. NARAYAN, *op. cit.* (cf. n° 161), p. 23.

166. SARDENBERG, *op. cit.* (cf. n° 163).

167. *Ibid.*

168. GREACEN, T. et JOUET, E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie - Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, érès, 2012.

Dans les principes, cette approche se situe dans *la troisième voie* telle que la définit Marie-Hélène Bacqué, d'orientation social-libérale, et qui correspond à la vision des grandes institutions internationales plaçant l'*autonomisation* au premier plan. Il n'est pas question de remettre en cause le modèle économique et social dans lequel s'inscrit le *dis-empowerment*. Le second axe, concernant la lutte contre la stigmatisation sociale et la discrimination, est très peu abordé. Les groupes d'entraide mutuelle, dont la création est favorisée, sont davantage pensés en tant que lieu de partage d'expérience et d'informations entre pairs, qu'en tant que lieux d'expression politique et d'élaboration de contre-pouvoir aux modèles psychiatriques dominants.

Il semble pertinent dans le cadre de ce travail sur le rétablissement, en tant qu'expérience subjective, d'évoquer le phénomène qui lui paraît proche de « résilience ». J'ai reporté dans l'annexe A (page 269) ce que divers chercheurs et praticiens entendent par ce concept polymorphe, son origine métaphorique et les contextes dans lesquels ce terme est utilisé en psychologie. Le paragraphe qui suit résume les convergences et divergences entre les deux approches ainsi que l'importance qu'elles accordent au soutien social de l'environnement.

2.3 Rétablissement et résilience

La notion de rétablissement présente des similitudes avec celle de résilience. Cette dernière notion est notamment convoquée dans le récent ouvrage d'Anne Bousser¹⁶⁹, qui vit ce qu'elle qualifie de rétablissement d'un trouble bipolaire, ou encore dans l'ouvrage de Serban Ionescu¹⁷⁰ qui aborde le rétablissement en santé mentale en tant que forme particulière de résilience. Lorsque les deux approches sont évoquées dans les ouvrages anglo-saxons, les notions de *recovery* et *resiliency* apparaissent distinctement. La résilience est plutôt considérée comme un moyen pour parvenir à un rétablissement :

« La résilience en tant que capacité psychique à résister à l'adversité est directement liée au processus de rétablissement. La résilience peut être vue comme une force motrice pour le rétablissement. »¹⁷¹

S'il est vrai que les mécanismes de la résilience et ceux du rétablissement semblent très proches, les deux notions sont cependant liées à des contextes de recherche différents et la notion de résilience – plus ancienne et devenue également très populaire – a beaucoup évolué depuis son apparition dans les années 50.

169. BOUSSER, A., *Résilience en santé mentale et groupes d'entraide*, L'Harmattan, 2012.

170. IONESCU, S., *Traité de résilience assistée*, dir. Serban Ionescu, PUF, 2011.

171. AMERING, A. et SCHMOLKE, M., *Recovery in Mental Health Recovery in Mental Health - Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities*, Wiley-Blackwell, 2009, p. 26, ma traduction.

2.3.1 Convergences et divergences entre les deux perspectives

Disons, qu'en termes de convergence, les notions de résilience et de rétablissement se rejoignent sur l'idée d'un « rebond » ou d'une « reconstruction » depuis une situation délétère.

Des données probantes

Elles ont toutes les deux une origine anglo-saxonne et se sont tout d'abord fondées sur des données quantitatives : des études épidémiologiques longitudinales dans le cadre de la psychologie du développement pour la résilience, et des données probantes dans le cadre de la psychiatrie pour le rétablissement en santé mentale, vu sous un angle clinique.

Ces données ont en commun de montrer qu'il n'y a pas de relation de cause à effet systématique entre la rencontre d'une adversité (chronique ou traumatique) et la capacité à poursuivre son développement ou une vie active et sociale.

Point de vue clinique ou subjectif

Rapidement, tout un pan de la recherche sur le rétablissement s'est constitué autour d'études qualitatives (récits d'expérience, explicitation d'un vécu subjectif) directement menées par les premiers concernés, aboutissant à re-définir le terme d'un point de vue *plus subjectif* que *clinique*. Pour la résilience également, les recherches se fondent sur des récits d'expérience mais cela n'a pas donné lieu à la définition d'une résilience particulière, où l'individu vit une vie satisfaisante *avec* ses symptômes post-traumatiques. Celui-ci serait plutôt considéré comme non-résilient ; le point de vue est resté *clinique*.

Processus ou état final

Dans l'état actuel des recherches, les deux termes sont évoqués comme des processus – et moins des états finaux – par lesquels un individu fait face à une adversité. Mais, par processus, la littérature sur la résilience fait davantage référence au chemin personnel qu'il faut parcourir pour dépasser un événement et atteindre un état *final* de résilience dont elle reconnaît qu'il n'est pas nécessairement pérenne – ni forcément identique à l'état antérieur – alors que le rétablissement y voit plutôt une démarche de re-appropriation de soi dans un espace social stigmatisant qui a réduit l'individu à son statut de malade, presque caractérisé par un inachèvement.

Adversité chronique ou aigüe

En terme de divergence, les recherches sur la résilience, qui concernaient initialement les enfants présentant des facteurs de risque – c'est-à-dire une adversité

chronique, à l'instar de la maladie mentale – se tournent davantage depuis les années 80 vers les moyens de surmonter les traumatismes, d'abord chez les enfants et depuis les années 2000 chez les adultes. A l'heure actuelle, on peut dire que les enjeux sont différents pour ces deux notions puisque la promotion du rétablissement est davantage portée par des *usagers militants* dans un contexte d'adversité *chronique*, et celle de la résilience l'est surtout par des chercheurs dans le contexte des *traumatismes*. En conséquence les notions se distinguent dans le fait qu'il n'est pas question de "mouvement", au sens de revendications politiques, porté par une catégorie de population dans la résilience. Mais cela n'exclut pas d'éventuelles similitudes en terme de processus individuel de réaction face à l'adversité.

2.3.2 Soutien social au processus

Déterminants internes ou externes ?

Les chercheurs sur la résilience ont tout d'abord tenté de déterminer des caractéristiques individuelles des enfants qui parvenaient à se développer malgré les adversités chroniques auxquelles ils étaient confrontés. Leur fondement théorique est la notion d'*attachement*, théorisée à l'origine par Bowlby. Un certain type d'attachement primaire, dit *secure*, est apparu comme l'un des déterminants fondant un caractère propice à la résilience. Mais les découvertes sur la plasticité cérébrale, celles de la psychologie cognitive puis comportementale, ainsi que l'intérêt croissant pour la résilience face à des traumatismes, ont ensuite incité les chercheurs à étudier la façon dont l'*environnement actuel* de l'individu pouvait le soutenir dans un processus de résilience. La résilience n'est alors plus apparue comme une caractéristique de l'individu seul et la « résilience assistée » est devenue un champ de recherche.

●●● En opérant ce tournant, la notion de résilience s'éloigne considérablement de la métaphore initiale, puisque celle-ci – empruntée au domaine de la métallurgie – mesure la *ténacité*, c'est-à-dire la capacité d'un cristal à résister à la propagation d'une fissure pré-existante lors d'un choc ultérieur. C'est une qualité intrinsèque (même si elle dépend de facteurs externes comme l'intensité du choc ou la température), dont paraît finalement beaucoup plus proche la conception psychanalytique de l'après-coup. ●●●

Trouver du soutien dans l'environnement

Un autre point de convergence apparaît donc entre la résilience et le rétablissement dans le rôle qu'un soutien trouvé dans l'environnement social peut jouer en tant que facteur de promotion des deux processus. Il peut agir comme une figure d'attachement secondaire, tel que le conçoit en particulier la résilience, en tant qu'individu qui croit dans la possibilité d'une reconstruction.

Cependant, la littérature sur la résilience se focalise essentiellement sur des facteurs de risque ou des traumatismes pour lesquels l'environnement social peut être *une ressource et non pas un obstacle*, comme c'est le cas si l'on considère que la stigmatisation et la discrimination constituent une entrave au rétablissement. En effet, dans la grande majorité des cas présentés dans les ouvrages sur la résilience (hors santé mentale), les traumas dont ont été « victimes » les sujets sont reconnus à plus ou moins long terme et condamnés par la société. Il s'agit en général de traumas collectifs, qui sont le fait de catastrophes naturelles, ou qui sont intentionnels, comme des génocides, guerres, attentat, viol, etc. (ou de facteurs de risque chroniques, comme un milieu défavorisé, des parents schizophrènes, etc.).

Ce sont des traumatismes pour lesquels la responsabilité individuelle est écartée et pour lesquels on trouve une cause externe. Cette notion de reconnaissance est capitale. Les sujets sont, en effet, confrontés à une (re-)construction psychique dans un contexte où l'entourage confère à l'événement traumatique une couleur d'injustice et est, en quelque sorte, d'emblée disponible pour leur venir en aide ou leur confirmer qu'ils ont vécu un événement qui relève de la "violation". Il en va tout autrement pour la maladie mentale, où le recrutement des « tuteurs de résilience », qui apparaît comme l'un des piliers de l'émergence de la résilience est rendu beaucoup plus difficile.

En conclusion, bien que la résilience soit parfois convoquée dans la littérature sur le rétablissement – au moins dans le sens où elle donne l'espoir d'une projection possible dans l'avenir – il semble que ses développements récents la focalisant sur les traumatismes, ainsi que l'accent qu'elle met sur l'atteinte d'un état final caractérisé cliniquement, l'éloigne de la notion du rétablissement. Elle pourrait cependant présenter un intérêt pour les personnes qui considèrent leur pathologie davantage en terme de trauma induit par les institutions psychiatriques que de maladie.

2.4 Mise en pratique du rétablissement

Voyons maintenant comment la perspective du rétablissement est concrètement envisagée dans les pratiques institutionnelles. Nous évoquerons tout d'abord l'essor des groupes d'entraide mutuelle, comme des espaces de liberté de parole et d'*empowerment*, censés éliminer l'asymétrie soignant-soigné des institutions sanitaires. Nous verrons ensuite comment ces institutions sanitaires s'approprient la perspective du rétablissement au travers de la réhabilitation psychosociale. Nous développerons finalement quelques approches qui parviennent cependant à s'en éloigner, tout en restant dans un objectif de réinsertion sociale, comme les méthodes originales pour l'insertion professionnelle. Nous concluons sur la

façon dont la restructuration globale des services de soins est envisagée par les chercheurs.

2.4.1 Soutien par les pairs et groupes d'entraide

Les perspectives du rétablissement ou de la résilience accordent toutes deux de l'importance au soutien trouvé auprès de personnes partageant le même sort. Parmi ses « pairs », il est possible de s'exprimer dans un environnement non stigmatisant et de ne pas se retrouver seul face à des problèmes quotidiens, ce qui peut être particulièrement important pour soutenir la résilience depuis des traumatismes qui font encore l'objet d'un tabou comme le viol ou l'inceste, ou pour le rétablissement en santé mentale. Les difficultés y sont plus facilement reconnues et les témoignages ou les échanges entre pairs, sont une opportunité d'un *apprentissage vicariant* au travers de modèles identificatoires crédibles¹⁷². Si la parole y circule librement, ces groupes peuvent donc être le lieu d'une reconstruction narrative, déterminante pour ces processus en tant qu'elle contribue à la reconstruction d'une certaine cohérence interne.

Dans le champ de la santé mentale, nous avons vu que ces groupes (*self-help, mutual-help groups*) avaient parfois une dimension militante de reprise d'un pouvoir d'agir partiellement confisqué par les institutions soignantes traditionnelles. C'est d'ailleurs prioritairement pour en finir avec le rapport de pouvoir qui caractérise l'asymétrie entre les soignants et les patients, que des groupes de pairs se sont formés en santé mentale.

Dans leur version *consumer operated programs*, ce sont des initiatives directement gérées par les usagers. Il est assez difficile de recenser le nombre de personnes utilisant ces services, d'une part parce qu'il y a peu de remontées d'informations, d'autre part parce que leur statut est variable¹⁷³. En tout cas, depuis les années 90 et le développement des politiques de santé mentale en direction du rétablissement (*community support programs*, dirigés vers la communauté), les modalités de soutien par les pairs ont pu se multiplier considérablement¹⁷⁴, prenant des formes variables depuis des groupes virtuels sur

172. L'*apprentissage vicariant* est un concept du psychologue canadien Albert Bandura, que l'on peut définir comme un apprentissage qui ne passe pas directement par l'expérimentation d'un comportement, mais par l'observation chez une personne "semblable à soi" de l'adoption de ce comportement, de ses réussites et de sa façon de faire face aux difficultés. C'est un "apprentissage social" qui augmenterait le *sentiment d'auto-efficacité* (un autre concept de Bandura), en diminuant l'appréhension liée à des comportements perçus comme risqués et que l'individu ne se sent pas apte à accomplir.

173. Aux Etats-Unis – où la fréquentation de groupes d'entraide est très banalisée – l'étude souvent citée de Lieberman et Snowden estimait en 1992 à 7,5 millions le nombre d'adultes fréquentant des groupes de pairs, toutes thématiques confondues (parmi les usagers en santé mentale cela représenterait entre 10 et 20% du taux de fréquentation de ces services, les statistiques les plus hautes concernant les addictions). D'après LIEBERMAN, MORTON A et SNOWDEN, LONNIE R, « Problems in assessing prevalence and membership characteristics of self-help group participants », *The Journal of applied behavioral science*, 29 1993, Nr. 2.

174. DAVIDSON, LARRY *et al.*, « Peer support among persons with severe mental illnesses : a

Internet à la pair-aidance en institution (Solomon les classe en six catégories : groupes d'entraide, groupes de soutien par Internet, services délivrés par des pairs, services directement gérés par des pairs, accompagnement par des pairs, et pair-aidants employés dans les services¹⁷⁵).

En France, si des groupes d'usagers existaient avant la loi sur le handicap de 2005, ce sont les groupes militants de l'Unafam et de la Fnapsy qui ont impulsé la création des « groupes d'entraide mutuelle » gérés par les usagers, comme nous le détaillerons au chapitre 5. Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle avait déjà mis en évidence l'importance des clubs thérapeutiques, mais d'une part, comme leur nom l'indique, en tant que lieux où la dimension sanitaire n'était pas écartée, et d'autre part en intégrant dans l'établissement de soin un travail sur sa propre aliénation sociale. La question sera donc de savoir, si l'histoire d'inspiration anglo-saxonne qui conduit à la formation des groupes de pairs dans lesquels les fonctions sanitaire et politique sont évacuées, n'est pas en train d'oublier un certain savoir-faire utile au processus de rétablissement (en tant que processus individuel qui dépend de la qualité du travail dans les établissements de soin).

En dehors des groupes d'entraide entre pairs, l'approche impliquant des institutions de soin qui s'est développée en soutien au mouvement du rétablissement est celle de la réhabilitation psychosociale. L'association mondiale pour la réhabilitation psychosociale la définit comme :

« L'ensemble des processus directs et indirects tendant à diminuer les stigmates de la maladie mentale et à augmenter les compétences psychosociales des patients désinsérés et en fin de compte à développer à l'intérieur de la communauté de concrètes opportunités de "possibilités de vie" »¹⁷⁶

Développons brièvement l'origine et les principes de ce modèle.

2.4.2 La réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale est une approche qui se situe entre le sanitaire et le social et qui considère, conformément au modèle de Wood proposé à la fin des années 70, qu'il faut différencier les réponses aux déficiences et incapacités (actions de soin ou de réadaptation des individus) et les réponses au désavantage social (actions au niveau de l'environnement), celles-ci étant liées dynamiquement.

review of evidence and experience », *World psychiatry*, 11 2012, Nr. 2.

175. SOLOMON, PHYLLIS, « Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. » *Psychiatric rehabilitation journal*, 27 2004, Nr. 4.

176. SARACENO, B., « In *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Gilles Vidon », éditions Frison-Roche, 1995, p. 13.

« Il s'agit d'aider la personne avec une incapacité psychiatrique sévère et persistante à développer les habiletés physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles et d'aménager les soutiens nécessaires pour lui permettre de vivre, d'apprendre, de travailler et de se socialiser, avec succès et satisfaction dans les environnements de son choix avec le moins possible d'aide professionnelle continue. »¹⁷⁷

Origines du mouvement

Le mouvement de la réhabilitation psychosociale se développe aux États-Unis après la seconde guerre mondiale, et plus particulièrement dans les années 60, en réponse aux critiques de l'institution asilaire et de la chronicité qu'elle induit. Si elle s'inscrit bien dans le mouvement mondial de désinstitutionnalisation des patients psychiatriques, l'approche se distingue cependant des mouvements anti-psychiatriques de la même période (essentiellement anglo-saxon et italien) par sa manière de structurer la décentralisation des soins vers la communauté. Il ne s'agit pas uniquement de dés-hospitaliser, mais de se doter de moyens pour lutter contre l'exclusion sociale avec un double objectif de *réadaptation* (donc un moment plutôt sanitaire¹⁷⁸) et de *réinsertion* (une procédure sociale¹⁷⁹). Cette approche ne s'est développée en France que plus tardivement et "à la française". En effet, dans les années soixante, au moment où elle se développait ailleurs dans le monde, la France mettait en place sa politique de secteur, visant à assurer la continuité de la prise en charge au plus près du domicile des patients, et qui a permis la constitution des premières structures extra-hospitalières (les dispensaires d'hygiène mentale, puis les hôpitaux de jour). La mise en place de la sectorisation s'étale sur plusieurs décades et elle est sous-tendue par le mouvement de la « psychothérapie institutionnelle », spécifiquement français et fondé sur une approche sociologique et psychanalytique de l'aliénation. La réhabilitation n'apparaît dans le projet de santé mentale qu'à partir des années quatre-vingt-dix¹⁸⁰.

177. ANTHONY, W., COHEN, M. et FARKAS, M., *Psychiatric Rehabilitation, 2nd Edition*, Boston University, 2002.

178. Moment sanitaire, où la visée est de réduire les déficits neurocognitifs (déficience d'attention, de mémoire et des fonctions exécutives) et les déficits de la cognition sociale. Avec pour principaux outils : la remédiation cognitive (mais 2% des patients en bénéficient seulement), l'entraînement des compétences sociales (15%), la psychoéducation (20%) et la communication en direction du grand public pour changer l'image de la maladie mentale (données issues de la conférence de Nicolas Franck, « Remédiation cognitive en psychiatrie », CniPsy, 28-29 oct. 2010, Marseille ; visible en ligne sur CanalU).

179. Procédure sociale qui peut viser le logement, le travail, les ressources, comme étape de la réhabilitation et qui, bien que non sanitaire, peut avoir des effets thérapeutiques indirects.

180. VIDON, G., « Comment le terme de réhabilitation est-il apparu dans notre environnement culturel ? » In *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix-Marine*. ed. J.P. Arveiller, érès, 2002.

Principes du modèle de la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale constitue un modèle dit « existentiel », qui, dans ses postulats, se rapproche des théories humanistes qui ont vu le jour aux États-Unis dans la seconde moitié du siècle dernier et que l'on retrouve dans le modèle du rétablissement. Les théories humanistes postulent, en effet, que l'individu a une *tendance au développement et à la croissance*. Cela exprime la croyance selon laquelle, face à la complexité de son environnement, l'individu tend fondamentalement à changer et s'adapter, selon un processus de réorganisation et d'expansion de ses schèmes de pensée et d'action. L'approche par la réhabilitation considère que cette tendance persiste quel que soit le handicap et elle ajoute que les compétences nécessaires à la maîtrise de son environnement peuvent être augmentées par l'apprentissage d'habiletés élémentaires. Les deux approches (réhabilitation et rétablissement) placent l'*auto-détermination* de l'individu au centre de leur pratique, c'est-à-dire le fait que l'individu puisse choisir ses buts et les moyens pour les atteindre, avec une réelle liberté de choix. De même, les aspects qui concernent la *centration sur les ressources de la personne* des théories humanistes peuvent être rapprochées d'un des principes (*differential care and needs*¹⁸¹) de la réhabilitation psychosociale, dans le sens où la singularité des processus qui permet de donner du sens à ses expériences est censé être pris en considération¹⁸².

En pratique, la réhabilitation propose des techniques d'amélioration des habiletés sociales et cognitives par apprentissage et entraînement. Il lui est souvent reproché d'être « normalisante » dans le sens où elle *réhabilite* au fonctionnement dans une société qu'elle ne remet pas en cause (ce qui correspond parfaitement à la demande de certains bénéficiaires). De fait, l'efficacité de ses programmes est évaluée sur des critères de réinsertion sociale (des critères objectifs "cliniques" de taux de rechutes, ré-hospitalisation, ou "d'autonomisation" comme la reprise d'un travail, d'un logement). Le classement des techniques selon leur efficacité sert à leur financement, mais tend aussi, pour le meilleur et pour le pire, à les normaliser. Si la réhabilitation reste l'approche majeure associée au rétablissement, il existe tout de même dans le mouvement du rétablissement, une tentative pour éviter ce risque de standardisation en normalisant plutôt une technique d'*accompagnement individuel*. On perçoit particulièrement ce dé-

181. Selon les 15 principes de la réhabilitation psychosociale énoncés par CNAAN, R. A. *et al.*, « Psychosocial rehabilitation : Toward a definition », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 1988.

182. Néanmoins, les moyens pour accéder à cette singularité sont davantage développés dans la pratique des théories humanistes. Celles-ci sont fondées sur une perspective phénoménologique et une exploration du type anthropologique. Ce qui guide le thérapeute selon une approche humaniste, ce n'est pas l'interprétation ou la modification des comportements ou des cognitions jugés inadéquats mais plutôt sa croyance dans les capacités d'auto-détermination et de liberté de choix du patient.

calage entre les deux approches en ce qui concerne la question de l'insertion professionnelle.

Pour la réhabilitation comme pour le rétablissement, le travail est perçu comme une valeur centrale en tant que vecteur d'intégration et lieu de réalisation de soi. Mais pour le rétablissement, le travail joue ce rôle en particulier s'il s'agit d'un emploi rémunéré et dans un environnement ordinaire (par opposition aux emplois en milieu protégé). Ensuite les pratiques concrètes pour l'insertion professionnelle diffèrent. L'approche traditionnelle par la réhabilitation est une approche « *train and (then) place* » : d'abord un entraînement aux habiletés nécessaires à la prise d'un emploi "en général", et ensuite placement en milieu protégé ou ordinaire. Or le problème – en dehors de la temporalité que cela impose avant de s'essayer à l'objectif – est que les difficultés standard abordées lors des phases d'entraînement ne sont pas forcément celles que la personne rencontrera sur site. Réciproquement, un "échec" sur le site de travail ne signifie pas un manque de capacité ou une faible "employabilité" de la personne (en particulier s'il y a une période de transition en Esat où elle a le sentiment de ne pas réellement s'insérer dans la société). Une des méthodes originales promue par l'approche par le rétablissement consiste à opérer l'enchaînement inverse « *place and (then) train* », pour lequel il s'agit davantage d'un soutien qui est mis en place après l'engagement de la personne dans son poste de travail.

2.4.3 Méthodes originales pour l'insertion professionnelle

Le premier intérêt de ces modèles *place-and-train*, étant donné la difficulté d'évaluation du critère dit d'employabilité, est que l'individu peut tester lui-même rapidement sa capacité de retour à l'emploi, par une insertion qui se fait directement dans le milieu ordinaire, tout en étant soutenu dans cette démarche.

Plusieurs études comparées, fondées sur des données probantes, montrent que ces modèles, en particulier celui du *soutien à l'emploi*, sont deux à trois fois plus efficaces en terme de réinsertion que le modèle de réhabilitation traditionnelle *train-and-place*¹⁸³. Bien que la majeure partie des études aient été menées aux États-Unis et au Canada, ce résultat reste valide sur le territoire européen où les pratiques professionnelles et les systèmes de protection sociale sont différents, comme le montre l'étude Eqlise¹⁸⁴, dont j'ai reporté les principaux

183. Une méta-analyse publiée par la *Cochrane review* montre ainsi que lorsqu'il s'agit de retour à l'emploi en milieu ordinaire, il s'avère que les phases d'entraînement et de préparation en milieu protégé n'auraient pas plus d'impact que des soins à l'hôpital, au contraire de modèles de soutien à l'emploi comme l'IPS (*Individual placement and support*), qui se montreraient plus efficace que ces soins, mais également que les ateliers protégés ou les club-houses (d'après CROWTHER, R. *et al.*, « Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review) », *The Cochrane Library*, 11 2010).

184. BURNS, TOM *et al.*, « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial », *The Lancet*, 370 2007, Nr. 9593. On trouve des études ciblées pour différents pays européens qui montrent la même efficacité, y compris

résultats dans l'annexe B.

Le fondement des approches « *place and train* »

Les approches *place and train* se proposent de faciliter l'accès au travail en milieu ordinaire et sont sous-tendues par une démarche active de soutien à l'emploi (*supported employment*, récemment traduit par « emploi accompagné » en France¹⁸⁵). L'association EUSE (« *European Union of Supported Employment* »¹⁸⁶), définit ainsi son objectif :

« Apporter un soutien aux personnes en situation de handicap et à d'autres groupes défavorisés pour les aider à obtenir et à conserver un emploi rémunéré sur le marché libre du travail. »

Les éléments clés de ce dispositif sont une intégration dans le *milieu ordinaire* (dans des conditions de rémunération qui correspondent au code du travail), une approche *place then train* (où la formation est acquise sur le site de travail), un *soutien* flexible et individuel et une attention particulière au choix du type d'activité que fait la personne afin de renforcer son *auto-détermination*. Des principes qui doivent se retrouver dans chacune des phases d'accompagnement de la personne.

●●● Ces éléments clés sont déclinés selon des principes et peuvent être formalisés sous la forme de modèle¹⁸⁷. C'est le cas de l'IPS, « *individual placement and support* », une version normalisée du soutien à l'emploi et dont les principes sont les suivants : une focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire ; une orientation en milieu ordinaire basée sur le choix de l'utilisateur ; une recherche d'emploi rapide ; une attention aux préférences de l'utilisateur ; des conseils en terme de risques (risques financiers notamment) ; l'intégration de l'intervention dans un système de prise en charge médicale ; un soutien individualisé et sans limite de temps. ●●●

Cette stratégie nouvelle d'insertion s'éloigne considérablement du modèle traditionnel de la réhabilitation psychosociale où l'individu est « préparé » à un

en Suisse, où l'accès à l'emploi et les protections sociales forment des conditions plus dures qu'aux États-Unis pour le succès de l'IPS (HOFFMANN, H. *et al.*, « A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 2012)

185. Pour un exposé détaillé de ces pratiques, on pourra se reporter à PACHOUD, B et CORBIÈRE, M, « Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche », *L'encéphale*, 40 2014 et PACHOUD, B et ALLEMAND, CH, « Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique », *L'Évolution Psychiatrique*, 78 2013, Nr. 1.

186. Association créée en 1993 pour promouvoir le développement de l'emploi soutenu travers l'Europe et à laquelle ont adhéré l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, le Danemark, l'Écosse, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Islande, l'Italie, l'Irlande, l'Irlande du Nord, la Norvège, les Pays-Bas, le Pays de Gales, le Portugal, la Suède, la Suisse et la République tchèque. La France n'y est représentée que depuis fin 2015.

187. MUESER, KT et MCGURK, SR, « Supported employment for persons with serious mental illness : current status and future directions », *L'Encéphale*, 40 2014.

emploi par des formations de réadaptation, avant de se voir proposer une insertion en milieu protégé, dans le meilleur cas considéré comme une transition. Les partisans de ce type d'approche prétendent même, paradoxalement, que les expériences en milieu protégé – qui visent pourtant à augmenter la confiance en soi et à acquérir des habiletés professionnelles – confirmeraient au contraire la personne dans la croyance qu'elle ne pourrait pas s'intégrer en milieu ordinaire¹⁸⁸.

Modalités d'accompagnement spécifiques

Dans ces approches, le soutien à l'emploi est assuré par un professionnel, qui n'est pas un professionnel du soin, mais qui est formé spécifiquement au *job coaching* (traduit par *accompagnateur* en France). Un second soutien par les pairs est aussi fréquemment évoqué, sur le modèle des groupes américains d'entraide, que l'on peut rapprocher des groupes d'entraide mutuelle ou des *club-houses*.

– Le « *job coaching* » : un accompagnement individualisé

Il y a assez peu de littérature sur l'aspect pratique du soutien à l'emploi pour des personnes en situation de handicap psychique. L'efficacité du *job coaching*, en tant qu'action spécifique du modèle de soutien à l'emploi, a surtout été montrée pour les cas de personnes souffrant de troubles du développement¹⁸⁹ ou pour des personnes souffrant de multi-handicap physique et mental¹⁹⁰, mais rares sont les études ciblées sur le handicap psychique¹⁹¹.

Tel que le décrit l'association EUSE (*European union of supported employment*), le niveau, l'intensité et la forme du soutien apporté par un *job coach*, sur le lieu de travail et en dehors du lieu de travail, dépendront « des besoins, des aptitudes et de la situation professionnelle de l'individu ». Il ne s'adresse pas seulement à la personne embauchée mais aussi à l'employeur et aux collègues de travail, auxquels il apporte des connaissances et des informations nécessaires, ce qui, progressivement, est censé favoriser le développement d'un soutien "naturel" sur le lieu de travail. Le niveau de soutien et son évolution progressive sont planifiés et revus avec l'individu, ses collègues et l'employeur, l'objectif étant

188. RINALDI, MILES et PERKINS, RACHEL, « Vocational rehabilitation for people with mental health problems », *Psychiatry*, 6 2007, Nr. 9, p.374.

189. MCINNES, M.M. *et al.*, « Does Supported Employment Work? » *Journal of Policy Analysis and Management*, 29 2010.

190. PARSONS, M.B. *et al.*, « Reducing job coach assistance for supported workers with severe multiple disabilities : an alternative off-site/on-site model », *Research in Developmental Disabilities*, 21 2001.

191. On peut citer néanmoins BELL, R. *et al.*, « developing a job coaching programme for first onset psychosis patients in the southwark first episode psychosis service (first) », *Schizophrenia Research*, 60 2003 et le chapitre d'un ouvrage qui donne un bon aperçu de la pratique des *job coaches* en Grande-Bretagne : SCHNEIDER, J., Chap. Employment support in the UK : where are we now? In « New thinking about mental health and employment (ed. B. Grove, J. Secker, P. Seebohm) », Radcliffe Publishing Ltd, 2005.

qu'il s'atténue peu à peu.

- L'association EUSE décrit l'accompagnement de façon pragmatique en tant que procédé qui se déploie en cinq phases : *engagement, élaboration du profil, recherche d'emploi, clarification des conditions cadres avec l'employeur et soutien dans le job*, c'est-à-dire un "soutien individualisé et sans limite de temps" qui répond à la fois à une demande de la personne et de l'employeur. Les mesures de soutien mises en place doivent être centrées sur la personne et flexibles. En voici quelques exemples issus de leur brochure¹⁹² :
 - *Soutien sur le lieu de travail* : conseil et assistance en ce qui concerne le comportement en société, identifier un mentor/un collègue, déterminer la culture d'entreprise, aider le "client" à s'adapter au lieu de travail, apporter un soutien à l'employeur et aux collègues de travail, identifier les habitudes et les pratiques de l'entreprise, identifier les possibilités d'évolution professionnelle.
 - *Soutien en dehors du lieu de travail* : résoudre les problèmes pratiques (transports, habits de travail, etc.), discuter des relations interpersonnelles au travail, apporter de l'aide en ce qui concerne la bureaucratie liée aux avantages sociaux, maintenir le contact avec les professionnels de la santé/des affaires sociales, écouter et conseiller l'utilisateur de service par rapport aux problèmes qu'il pourrait rencontrer. ●●●

En France, ce modèle de soutien à l'emploi est déployé au niveau national depuis début 2018 (circulaire interministérielle d'avril 2017¹⁹³), mais avec des moyens très faibles (7,5 millions d'euros par an, ce qui correspond au soutien de moins de 1.000 personnes alors que 500.000 personnes handicapées sont en recherche d'emploi¹⁹⁴).

– Les groupes d'entraide du type « *Club-House* »

Un soutien au rétablissement peut également être trouvé dans la participation à des groupes d'entraide qui mettent un accent particulier sur la réinsertion professionnelle, comme les *club-houses*. Ces clubs ne doivent pas être confondus avec des clubs thérapeutiques, qui émanent du courant de la psychothérapie institutionnelle. Ils sont également différents des GEM (groupe d'entraide mutuelle), créés en France à partir de 2005, puisqu'ils affichent clairement une visée de réinsertion professionnelle, même si, dans la pratique, leurs activités dépassent cet objectif.

Les club-houses ont été imaginé aux États-Unis dans les années 50 (le premier, *Fontain House* à New-York, a été créé en 1949 par le groupe d'usagers Wana « *We are not alone* »), en tant qu'espace intermédiaire entre le milieu protégé et ordinaire. Il en existe actuellement environ 400 dans le monde et le premier

192. EUSE, *Toolkit*, European Union of Supported Employment, 2010 – Rapport technique.
193. Circulaire interministérielle N° DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017 relative aux modalités de mise en oeuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n°2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié.

194. Selon l'intervention de Stéphane Forgeron (membre de LADAPT, association qui promeut l'emploi accompagné), « L'emploi accompagné, chronique d'un échec annoncé », visible à l'adresse <https://www.handirect.fr/emploi-accompagne-un-echec-annonce>.

club-house français a ouvert ses portes à Paris en 2010 au sein de l'association Cap'Cités (association créée en avril 2010 et dont le local se situe dans le 19^e arrondissement).

Jean-Jacques Margerie, secrétaire de l'association en 2014, présente son modèle d'intervention psychosociale à l'image de ce qui existe aux États-Unis et ailleurs : un lieu de vie auto-géré par les usagers, où les journées sont aménagées comme une journée de travail mais autour de tâches quotidiennes et d'ateliers d'accompagnement, et qui permet de « sortir de l'isolement et de la désinsertion et d'élaborer un *projet de vie* ». Il s'agit de travailler une insertion progressive en milieu ordinaire où la personne reprend confiance et estime de soi avant de se voir proposer un emploi de transition (d'une durée de 3 mois à 1 an, sachant que l'association est jeune et qu'ils souhaitent proposer des emplois pérennes – en 2014 l'association travaillait avec 8 entreprises et le club-house était fréquenté par 50 personnes, dont 25 régulièrement). Ce modèle de club-house est amené à s'étendre en France avec l'accent mis par les politiques de santé mentale sur l'insertion professionnelle. Deux nouveaux club-houses ont d'ores et déjà ouverts en 2017 (à Lyon et à Bordeaux) et l'objectif est d'en créer 10 nouveaux sur le territoire d'ici 2021.

2.4.4 Efforts de ré-orientation globale des services de soin

Hormis le soutien par les pairs et le développement de l'accompagnement individuel, une spécificité du rétablissement est la tentative de penser la ré-orientation des services de soin existants en termes de « valeurs » à intégrer dans les programmes actuels.

Déclinaison des valeurs du rétablissement dans les services de soin

Marianne Farkas, qui travaille à l'implantation de l'approche par le rétablissement dans des programmes de réhabilitation, identifie ses quatre dimensions critiques que sont l'orientation vers la personne, son engagement, son autodétermination, et la prise en compte de son potentiel de croissance.

●●● Farkas propose de décliner ces valeurs dans les services de la manière suivante¹⁹⁵ :

- *L'orientation vers la personne* : la personne est au centre des actions du service selon une vision holistique, où l'on ne se focalise pas sur elle dans ce qu'elle donne à voir dans son rôle restreint de "patient" ou "usager", présentant des déficiences liées à son handicap que l'on chercherait à compenser, mais où l'on considère prioritairement ses ressources et ses points forts.

- *L'engagement de la personne* : la personne est au centre du processus de rétablissement et doit donc être un partenaire impliqué dans toutes les ac-

195. FARKAS, M. *et al.*, « Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs : Identifying the Critical Dimensions », *Community Mental Health Journal*, 41 2005.

tions mises en place pour promouvoir son rétablissement. Cela implique notamment qu'elle soit partie prenante dans la conception et l'évaluation des programmes, ce qui pourrait d'ailleurs constituer un critère de qualité du service orienté rétablissement.

- *L'auto-détermination* : les décisions concernant les choix d'orientation, les buts à atteindre, la planification et les moyens mis en oeuvre pour les atteindre doivent appartenir à l'individu. Il s'agit donc d'articuler ses choix avec les actions mises en place pour que celles-ci ne prennent pas une dimension coercitive, mais que la personne soit libre de s'en désengager lorsqu'elle le désire et que sa sensation de contrôle soit maximisée.

- *Le potentiel d'évolution* : l'accent est mis sur les capacités inhérentes au rétablissement, que possèdent tous les individus, quelle que soit leur situation vis-à-vis du handicap et leur état psychique. Au-delà d'une croyance, il s'agit d'ajuster les programmes pour que les buts soient atteignables et reconnus.

• • •

Selon Farkas, les services de réinsertion utilisent trop souvent des procédures "standard" de réhabilitation, qui ne laissent que peu de place à ces valeurs pourtant fondamentales pour mettre la personne en situation de rétablissement. Elle propose une voie d'intégration de ces valeurs de base dans le cadre institutionnel, au travers de l'organisation des services et des missions de leurs personnels. Cela comprend notamment une orientation générale du service basée sur l'évaluation des retombées comportementales (comme le fait d'expérimenter la satisfaction d'un nouveau rôle social de travailleur ou d'étudiant) plutôt que basée sur la continuité d'un programme de soin (mesurée par un "parcours", un nombre de contacts, une sortie d'institution). Donc une évaluation qui serait fondée sur des critères subjectifs plutôt qu'objectifs, quand bien même le programme de réhabilitation serait reconnu comme orienté vers le rétablissement. Mais elle propose aussi des éléments plus basiques comme une rédaction des compte-rendus en langage clair qui puissent être lus et complétés par chacun, ou encore, des "détails", comme le fait qu'il n'y ait pas de machine à café différente "pour les usagers" et "pour le staff". Elle pointe également la nécessité que les travailleurs aient des connaissances de bases concernant le processus de rétablissement, et notamment de l'impact du préjudice et de la discrimination en tant qu'obstacles à ce processus. L'ambiance de travail est perçue comme un élément déterminant, mais dans le sens d'un "partage au sein de l'équipe de ses attitudes au travail" qui peut être assuré par une supervision.

D'une manière générale, les travaux publiés n'abordent pas de manière concrète le changement d'attitude nécessaire au soutien du processus de rétablissement. C'est en fait une manière d'accompagner la personne en situation de handicap qui doit être congruente avec les valeurs de base du rétablissement :

« La priorité n'est plus de contenir la maladie, mais de soutenir

un projet, en veillant à optimiser le recours aux ressources de la personne et à respecter la singularité de sa démarche. En ce sens, ce type de pratique est guidé prioritairement par des valeurs (notamment de respect et de promotion de l'autodétermination), plus que par des critères d'efficacité. Ces valeurs constituent la dimension éthique propre à la démarche de rétablissement, et impliquent une assez profonde redéfinition des rapports entre *accompagnants* et *accompagnés*. »¹⁹⁶

Le problème est que l'intégration concrète de ces valeurs dans le travail quotidien ne va pas de soi. Promouvoir l'auto-détermination d'un autre considéré par certains aspects comme vulnérable comprend un risque que personne ne veut prendre. Ce n'est d'ailleurs pas qu'une question de vulnérabilité, mais plutôt de crainte de l'incertitude, du manque de contrôle. Dans les institutions traditionnelles (hiérarchisées), l'auto-détermination des salariés qui travaillent directement avec les personnes accueillies est également dissuadée. Chacun travaille "sous la responsabilité du directeur d'établissement" dont le pouvoir de décision, et la responsabilité juridique engagée, sont liés à son statut. Les discussions éthiques qui permettraient de prendre des décisions raisonnables au cas par cas sont biaisées par des rapports de pouvoir qui ont des conséquences concrètes sur les conditions de travail de ceux qui n'ont pas de statut décisionnaire. Au-delà d'une "tradition paternaliste" (qui à la limite pourrait être fondée moralement), au-delà d'un désaccord fondamental avec les valeurs du rétablissement (comme la croyance que c'est une utopie), il y a une judiciarisation globale des rapports sociaux qui crée un empêchement dans le travail en direction de l'auto-détermination et de l'empowerment de l'autre. Nous verrons au chapitre 6 un exemple d'institution où les discussions qui permettraient d'aboutir à des décisions éthiques sont évitées, au profit de décisions prises par un pouvoir incarné par des personnes statutairement décisionnaires. Nous verrons concrètement comment cela peut rendre les salariés désengagés, malades, absents, démissionnaires.

Cette reconsidération des rapports de pouvoir au sein de l'institution – qui est nécessaire à la visée éthique du modèle – est une dimension politique sur laquelle est fondée la psychothérapie institutionnelle. Bien que son histoire et ses théories de référence soient différentes de celles de la notion de rétablissement (en particulier l'abord psychanalytique de la maladie), ces approches se rejoignent dans ce qui est à l'origine du mouvement *recovery*, en terme d'*empowerment*, mais d'*empowerment libérateur* (au contraire de libéral). Il semble donc que la psychothérapie institutionnelle puisse apporter des éléments de réflexion à la mise en place des pratiques qui se revendiquent de l'optique du rétablissement,

196. PACHOUD, B., « Le rétablissement comme processus - L'expérience du rétablissement, un changement de perspective et de posture pour chacun des acteurs de la santé mentale », *Pluriels* 2012, Nr. 94-95.

dans le sens où elle traite l'aliénation sociale dans laquelle sont pris tous les acteurs de l'institution.

2.5 Un discours propre des usagers ?

Nous avons vu que le rétablissement est présenté dans l'essentiel de la littérature comme inscrivant dans l'histoire de la psychiatrie un changement de paradigme (depuis un modèle médical traditionnel paternaliste vers un modèle centré sur les ressources et les potentialités de changement de l'individu). Sa particularité est d'être un mouvement initié par les usagers de la psychiatrie en tant qu'expert de la maladie et de la pratique des services de soins. C'est ce qui a donné sa légitimité au mouvement et lui a permis de se développer dans un certain contexte politique et économique (celui des années 60-80). Au travers d'une prise de parole des usagers sur leur expérience, certaines revendications ont été entendues et des mesures ont été prises qui appellent à un changement dans les pratiques. Le rétablissement est alors justifié dans les brochures et les conférences des départements de santé mentale comme un mouvement « *bottom-up* ».

Cependant l'oubli des revendications historiques d'un *empowerment libérateur* – qui exigerait de reconsidérer le rapport à la folie – fait dire à certains que le mouvement a été « colonisé » par des décideurs, qui le restreignent à une visée de respect des droits et libertés de l'individu et à la création d'opportunités dans la société actuelle, sans remettre en question les rapports de pouvoir qui structurent cette dernière. Il deviendrait un discours que se sont ré-approprié les décideurs et qui se décline maintenant en « *top-down* » dans les réformes de santé mentale. D'autant plus *top-down*, qu'en pratique, la co-construction (entre patients et soignants) de la réorientation des services est encore rare et que l'évaluation de l'efficacité de ces services est essentiellement fondée sur le devenir indépendant de l'institution plutôt que sur une réforme du rapport à l'institution.

2.5.1 Critiques adressées au mouvement

Les valeurs qui sont mises en avant pour promouvoir le rétablissement ne sont pas spécifiques (respect de l'autre, promotion de l'auto-détermination). Ce sont des questions qui relèvent du respect des droits de l'homme et de l'éthique, et, dans la visée pratique qui en découle, d'une vie la plus autonome possible dans la communauté. Les codes de celle-ci ayant été construits pour des gens ordinaires, normaux – au sens pragmatique, mathématique, où ils se trouvent plus ou moins au centre de la distribution des fréquences cognitive, comportementale et émotionnelle de la population – l'*empowerment* dont il est question dans le rétablissement, tel qu'il se met en place, vise à renforcer les capacités de l'indi-

vidu à s'*adapter* à ce monde ordinaire. Il est naturel que soient convoqués pour cela des programmes de réhabilitation psychosociale ou de remédiation cognitive, dont les valeurs sont en train de changer vers moins de standardisation et plus de considération pour l'accompagnement des personnes concernées dans leur diversité.

Cependant, on remarque également que de nombreux militants sont très critiques vis-à-vis des changements qui s'opèrent actuellement. Soit qu'ils considèrent que l'empowerment rate son objectif radical de changement social (voir les revendications de « *recovery in the bin* »¹⁹⁷), qu'il n'est qu'une stratégie à visée économique qui évacue les soins (« *providers selling products to clients* »¹⁹⁸), que le rétablissement se trompe de diagnostic (« *from being a victim to being the hero of one's own life journey* »¹⁹⁹), qu'il est peu réaliste (« *finding meaning in life* »²⁰⁰), ou simplement une rhétorique (« *sugar-coated recovery* »²⁰¹). Sans compter que les valeurs que retient le rétablissement prêtent peu à discussion dans le sens où ce sont des « *commonly accepted values* »²⁰² qu'il est possible de faire apparaître dans le descriptif des prises en charge sans rien changer par ailleurs (« *cosmetic initiative of recovery that maintains the dependence of individuals on the mental health system* »²⁰³).

Une partie du discours des militants ne semble pas entendue, celle qui porte, par la négative, sur le non-respect de ces valeurs humanistes, qui ont certes été le plus manifeste dans les prises en charge psychiatriques, mais qui concernent plus largement la vision que la société porte sur la folie. C'est-à-dire un désir de subversion exprimé par une population, manifestement dominée et stigmatisée, mais peut-être plus encore invisibilisée. Ce n'est pas qu'une question d'opportunités et de respect de droits. Dans les politiques de santé mentale, cette question est en partie rabattue sur l'asymétrie soignants-soignés et contournée par la multiplication des *self-help groups*, *peer supporter*, *peer provided services*, ce qui évite de remettre en cause l'aliénation sociale que reproduit le système soignant traditionnel, qui demanderait un autre type de travail que celui "centré sur la personne".

Le mouvement du *recovery*, tel qu'il a émergé au sein d'une population hétérogène, est-il reflété par la déclinaison faite actuellement du rétablissement ? Le discours actuel sur le rétablissement est-il un discours propre « des usagers » ?

197. RITB, *op. cit.* (cf. n° 110).

198. ANDREASEN, NANCY C, « Clients, consumers, providers, and products : where will it all end ? » *American Journal of Psychiatry*, 152 1995, Nr. 8.

199. DAVIDSON *et al.*, *World psychiatry* 11 [2012], *op. cit.* (cf. n° 174).

200. ANDRESEN, OADES et CAPUTI, *op. cit.* (cf. n° 131).

201. DONAHUE, *op. cit.* (cf. n° 130).

202. FARKAS *et al.*, *op. cit.* (cf. n° 195).

203. ONKEN, STEVEN J *et al.*, « Mental health recovery : What helps and what hinders ? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators », *Prepared for National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors* 2002.

Ou bien une façon de les définir ?

●●● La philosophe indienne Gayatri Chakravorty Spivak, théoricienne des *Subaltern studies*, empreinte au philosophe communiste italien Antonio Gramsci [1891–1937] la notion de « subalternes » pour désigner des personnes dont la parole ne peut pas être entendue, une catégorie de population « ignorée de l’histoire officielle », occupant « une position sans identité », distincte des opprimés ou des dominés, en tant que les subalternes sont sans représentation. Dans son essai *Les subalternes peuvent-elles parler ?*²⁰⁴, elle donne l’exemple d’une femme qui, en 1926, a donné aux conditions de son suicide une valeur clairement politique, mais dont le geste n’a pas été lu, ou plutôt a été effacé, au profit d’une version conforme au comportement de la femme dans la société indienne (suicide lié à une relation amoureuse illégitime), alors même que cette histoire a été transmise à l’auteur par une filiation de femmes (la femme qui a fait de son suicide un message était la soeur de sa grand-mère). Pour Spivak, si la subalterne n’est pas muette, elle n’est pas traduite, elle reste le sujet d’une « violence épistémique » qui construit sa subjectivité en la maintenant objet d’un discours. C’est par ce discours, dont l’origine est attribué à une « élite locale » (indienne ici), que s’établit le sujet hégémonique, en définissant l’autre comme marginal. ●●●

La première hypothèse serait que ce qui est retenu du discours des militants est uniquement ce qui est « entendable » par le groupe majoritaire. Seule une partie de leur discours est alors traduit et présentée sous une forme « *bottom-up* » par des individus choisis dans le groupe minoritaire (ceux qui publient des articles, que l’on voit dans les conférences, ceux qui ont un statut de pair-aidants), en somme, une « élite » issue du groupe minoritaire, et que ce procédé permet de construire une représentation d’une population hétérogène. La seconde hypothèse serait que les militants des groupes minoritaires s’alignent eux-mêmes sur le discours du groupe majoritaire dans l’objectif de se faire entendre au moins en partie.

La métaphore proposée dans le paragraphe qui suit ne tranche entre ces deux hypothèses, mais elle offre une nouvelle forme de questionnement des conditions de stabilité de groupes minoritaires au sein d’une matrice homogène. Son univers de référence est celui des cristaux qui ne sont pas classés « de haute pureté » car il contiennent des atomes étrangers en quantité minoritaire et en position éparse, inclus dans la structure de la matrice (autant dire que cela concerne quasiment tous les cristaux). Le phénomène décrit est celui de la précipitation (du regroupement) de cette dispersion d’atomes en une structure qui leur est propre.

Pour résumer ce qui suit, disons que le regroupement d’éléments minoritaires en une structure propre fait apparaître une différence, une frontière, au contact

204. SPIVAK, GAYATRI CHAKRAVORTY, *Les subalternes peuvent-elles parler ?* (1988), Éd. Amsterdam, 2009.

de la matrice ; pour favoriser sa stabilité, le précipité se construit d'abord « en cohérence » avec la matrice au prix de distorsions cristallines ; ce n'est qu'à partir d'une taille critique qu'une incohérence *et* une structure propre lui sont accessibles.

2.5.2 Métaphore pour des subalternes qui parlent

En physicochimie des matériaux, la précipitation d'une nouvelle phase consiste en la germination et croissance d'un composé, hétérogène à la matrice, lorsque des éléments étrangers à celle-ci dépassent leur limite de solubilité. La question est de savoir si ce phénomène peut éclairer les conditions d'émergence d'un groupe minoritaire dans un ensemble humain.

Éléments minoritaires en solution dispersée

Notion de « solution solide ». Considérons une matrice cristalline composée d'atomes, par définition parfaitement distribués selon un réseau géométrique constituant sa structure. Dans le cas du fer, par exemple, chaque atome se trouve à une position précise, au sommet et au centre d'un petit cube, cette maille élémentaire se répétant indéfiniment. Si la matrice était parfaitement pure, toutes ces positions seraient occupées par des atomes de fer. Cependant, en général elle ne l'est pas car elle contient également des atomes étrangers, aussi appelés « impuretés » (quand il ne constituent pas des éléments d'alliage intentionnellement piégés dans le réseau). Ces atomes, en faible nombre par rapport à ceux de la matrice, sont isolés et se placent – sans rapport entre eux – en substitution à des atomes de fer au sein de son réseau. Comme leur position relative est aléatoire mais stable et qu'aucun ordre à courte distance ne se dessine, ils forment ce qu'on appelle une « solution solide ». Cet état de solution solide peut être stable.

Notion de « limite de solubilité ». La différence de rayon atomique entre l'impureté et les atomes de la matrice qui l'entourent crée une distorsion locale du réseau cristallin. Leur présence est la source d'un champ de contrainte de compression ou de traction, qui se traduit en un certain coût énergétique pour la matrice, à l'instar de tout défaut dans le réseau structural.

Cette solution solide est cependant accommodable tant que la teneur en impuretés ne dépasse pas une certaine limite, dite de solubilité.

Mais si le nombre d'atomes d'impureté dépasse un seuil critique, ou si les conditions externes – comme une baisse de la température – induisent une diminution de la limite de solubilité, alors ces atomes isolés amorcent un processus de diffusion à travers le réseau matriciel et se regroupent selon leur propre structure cristalline (diminuant ainsi leur teneur en solution solide). Cette structure propre dépend de la nature des atomes considérés (sa maille est rarement cubique comme celle du fer, mais peut être hexagonale, tétragonale, etc.). Ce pro-

cessus de regroupement en *clusters* est symptomatique de la germination d'une nouvelle phase : un « précipité » *uniquement* composé des atomes d'impureté, organisés selon leur structure propre.

Regroupement en précipités d'éléments minoritaires

Coût énergétique du regroupement. La précipitation induit une *diminution* de l'énergie dans la matrice car celle-ci – plus pure – est libérée des champs de contrainte locaux induit par la présence dispersée des impuretés²⁰⁵. Cependant, elle est aussi à l'origine d'une *augmentation* de l'énergie, car elle crée une discontinuité entre les précipités et la matrice : une « interface », définie par la différence de structure dans la matrice et dans le précipité²⁰⁶. La question de la stabilité d'un germe ou de sa disparition par remise en solution, est alors fonction du bilan énergétique global dans le système.

Taille critique du regroupement. Au début de la précipitation, ce bilan est positif (*i.e.* coûteux, peu favorable à la stabilité du germe), car la diminution d'énergie liée au regroupement des atomes ne compense pas l'énergie nécessaire à la création de l'interface : le germe n'est donc pas stable. Ce bilan ne devient négatif qu'à partir d'une taille critique de germe, où l'énergie volumique libérée, qui évolue proportionnellement à r^3 , compense l'énergie de surface à créer, qui évolue – moins vite – proportionnellement à r^2 . La taille critique à partir de laquelle le germe est stable est proportionnelle au rapport entre l'énergie de l'interface γ et l'énergie volumique E .

Cohérence ou incohérence avec la matrice majoritaire

Notion de relation épitaxiale. La précipitation est donc d'autant plus facile que la taille critique r_c pour la stabilité d'un germe est petite (car elle sera atteinte très rapidement dans le processus) et nous avons vu que celle-ci était proportionnelle à $\frac{\gamma}{E}$. La stabilité du germe sera donc favorisée par un γ faible ou un E élevé. L'énergie de volume E dépend directement de la nature des atomes d'impureté et de la matrice et peut donc être considérée comme constante pour un système donné. En revanche, l'énergie de surface γ dépend de la relation géométrique entre la structure du précipité et celle de la matrice. Si les précipités *alignent* certains de leurs plans cristallins avec ceux de la matrice, alors il existe une pseudo-continuité entre les réseaux cristallins des deux phases et l'énergie due à la création de l'interface est minimisée. Ce rapport d'orientation s'appelle

205. L'énergie libérée est proportionnelle à la taille du précipité : si on suppose qu'il prend la forme d'une sphère de rayon r , elle évolue en $\frac{4}{3}\pi Er^3$, où E est la chaleur latente par unité de volume.

206. Avec la même hypothèse d'un précipité sphérique, l'augmentation d'énergie induite par la création de l'interface est proportionnelle à $4\pi\gamma r^2$, où γ , l'énergie par unité de surface, dépend de la nature de l'interface.

une relation d'*épitaxie*.

Cohérence/incohérence. Cette relation est exactement celle que l'on constate expérimentalement : au début de la précipitation, les germes se forment en *épitaxie* avec la matrice. Cela leur permet d'atteindre plus facilement une taille critique qui assure leur stabilité. Le précipité est alors dit « cohérent » avec la matrice. Cette cohérence signifie notamment que le précipité peut être traversé par les défauts de structure de la matrice, comme les dislocations qui propagent la déformation plastique au sein de l'ensemble.

Cependant, cette cohérence est rarement parfaite, car les deux phases ont des structures cristallines dont les paramètres de maille (qui caractérise la distance entre les plans) sont différents. Elle crée des distorsions locales des réseaux à proximité de l'interface, qui, là encore, ne peuvent pas être accommodées au-delà d'un certain seuil. Ce seuil est directement lié à la taille des précipités : la matrice peut maintenir un certain degré de cohérence avec de *petits* précipités, mais au fur et à mesure de leur croissance, ceux-ci – en même temps qu'ils atteignent leur taille critique pour la stabilité – perdent ce rapport d'orientation et deviennent « incohérents ».

À ce moment, les plans cristallins dans la structure du précipité ne présentent plus de relation *épitaxiale* avec ceux de la matrice. Les dislocations qui propagent la déformation dans la matrice ne peuvent donc plus traverser le précipité, comme lorsque celui-ci était cohérent. Ceux-ci agissent donc comme des obstacles à la déformation libre de la matrice. Pour que la matrice puisse continuer à se déformer, les dislocations doivent se propager en contournant les précipités, laissant derrière elles des brins de dislocations que l'on visualise sous forme de boucles enchevêtrées sur la Figure 2.1. Ce phénomène est la cause d'un effort supplémentaire à fournir pour déformer la matrice et porte le nom de « durcissement par précipitation ».

Synthèse

Le phénomène peut donc se résumer de la manière suivante. Lorsqu'ils atteignent leur limite de solubilité dans une matrice donnée, les atomes minoritaires, dispersés dans la matrice, tendent à se regrouper en précipités homogènes et selon leur structure propre. Au début du processus, ces regroupements ne sont stables que s'ils maintiennent un certain degré de cohérence avec la matrice voisine. Ce n'est que lorsqu'ils ont atteint une taille critique, qu'ils peuvent exister de manière incohérente. Les paramètres critiques sont ici la différence de structures entre le réseau matricielle et celui du précipité – prédéfinie par la nature des atomes en jeu – et la façon dont ils s'organisent l'un par rapport à l'autre, en cohérence ou en incohérence.

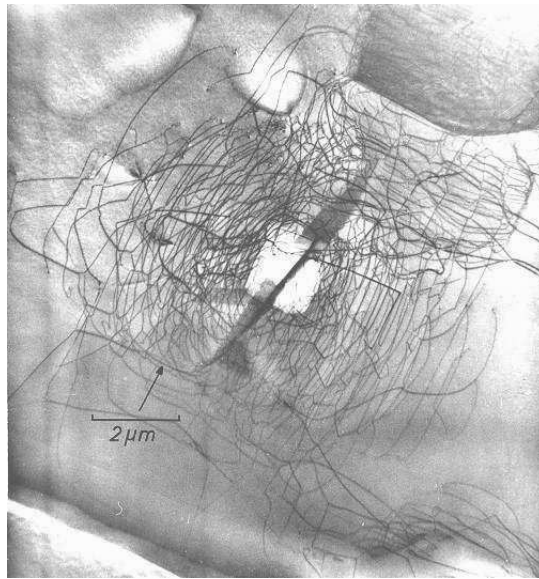


FIGURE 2.1 – Enchevêtrement de lignes de dislocations autour d'une particule plus dure que la matrice.

A un niveau métaphorique, on peut voir le rassemblement en une structure propre du précipité comme une possibilité d'articulation d'un discours propre d'un regroupement d'individus en minorité. Ce que ce discours propre produit, en revanche, serait fonction de son degré de cohérence avec le discours majoritaire.

Au début du processus – c'est-à-dire pour un grand nombre de petits groupes minoritaires désireux d'assurer leur stabilité – tout se passerait comme si, afin de produire une parole singulière avec leur propre structure, les structures minoritaires devaient d'abord *s'accorder* avec celle du groupe majoritaire. Le discours minoritaire serait différent, puisqu'il existe bien une différence structurale entre les deux groupes, mais il s'alignerait sur certains pans du discours majoritaire (par exemple une revendication d'accès aux "mêmes" droits ; des mesures concrètes de "compensation d'un handicap"). Ce ne serait que dans un deuxième temps, lorsque la taille critique du groupe minoritaire est acquise, qu'une parole singulière incohérente avec le discours majoritaire pourrait être produite (comme des changements à un niveau plus politique ou en terme de considération de la maladie mentale). Cette interprétation correspondrait donc à un processus naturel où, dans un premier temps, une *conformation* au discours dominant donne une chance de se faire entendre et où, dans un deuxième temps, une *émancipation* de ce discours ainsi que l'émergence d'une position et de revendications autonomes deviennent possibles. C'est une version où « la quantité fait la qualité » ; une version difficile qui nécessite de s'unir en réseaux de travail

et de réflexions sans éteindre la diversité. Mais on peut aussi songer, considérant cet effet de transition entre cohérence et incohérence, à une possibilité « stratégique » de *ne pas* permettre la remise en cause d'un ordre établi. Dans cet objectif, il suffirait de maintenir les groupes de tailles petites afin qu'ils n'aient pas d'autres possibilités que de se conformer à un discours majoritaire pour assurer leur existence.

· ~ ·

Pour conclure ce chapitre, on peut dire qu'il n'est pas certain que le mouvement du rétablissement soit saisi comme un « nouveau paradigme » dans les politiques de santé mentale. Un effet de ce mouvement est de tendre à la modification de la hiérarchie des valeurs considérées dans les établissements de soin mais, dans les visées opérationnelles définies, il ne rend pas leurs pratiques spécifiquement obsolètes. Les changements que l'introduction de ce concept induit dans les politiques de soin semblent encore éloignés des revendications plus vastes des militants, les cantonnant à une ré-adaptation individuelle au monde ordinaire dans un objectif d'autonomie réduit à l'indépendance. Il n'est pas exclu cependant que ce ne soit que le début d'un mouvement qui pourrait ensuite parvenir à se faire entendre de façon plus discordante.

La reconnaissance maintenant bien établie de la possibilité de cette transformation individuelle et de ses déterminants, en revanche, est une relative nouveauté. Le modèle médical de la psychiatrie traditionnelle, où le diagnostic de psychose fait pronostic de chronicité dans la recherche de stabilisation, tend à laisser de la place à une possibilité de changement existentiel où la maladie n'est plus centrale et n'obère plus tout devenir de la personne. Cela réaffirme que la psychose n'empêche pas que des réaménagements psychiques puissent se produire et que le sujet se retrouve dans une façon d'être au monde qui lui permette d'exister dans une réalité partagée²⁰⁷. C'est un grand changement par rapport à ce que l'on suppose d'une « structure psychotique » aussi immuable que celle d'un cristal.

Dans le chapitre suivant, nous envisageons la façon dont pourrait se produire cette transformation subjective, en faisant un parallèle avec les transformations observées dans des systèmes naturels structurés. Nous re-visitons d'abord la métaphore du cristal de Freud, au travers de laquelle la notion de structure a été

207. "Réaffirme..." car cela avait déjà été constaté par le passé, notamment à St Alban comme nous le développerons plus loin, et même théorisé, puisque au moins dans le champ de la psychanalyse, Jacques Lacan avait déjà développé le concept de *sinthome* qui correspond à cette possibilité de transformation (pour Joyce, c'est la pratique de l'écriture qui permettait de nouer les trois registres Réel, Symbolique et Imaginaire). Mais aucune référence explicite n'est faite à la psychanalyse dans les recherches qui portent sur le rétablissement (et réciproquement).

introduite dans la psychanalyse, et nous introduisons la notion de « texture » peut-être plus adéquate pour décrire une construction structurale qui tiendrait compte d'une certaine plasticité du sujet. Nous explicitons ensuite comment la plasticité engendre une « métastabilité », un état énergétique proche d'une instabilité, et la façon dont le système peut se reconfigurer radicalement pour développer une nouvelle texture. Prise métaphoriquement pour un processus de rétablissement existentiel – dans le sens où elle permet le développement d'un nouveau rapport au monde – cette transformation indique, dans son mode opératoire, quelques conditions pour que son avènement soit possible, qui relèvent du contexte dans lequel elle se produit.

· ~ ·

Chapitre 3

Rétablissement et plasticité - Structuration et texturation

Ce chapitre traite de la plasticité des structures psychiques. En partant de la métaphore proposée par Freud pour introduire la notion de structure, nous explorons les modalités du changement dans un système matériel ordonné – en l’occurrence un cristal – et nous introduisons le phénomène de plasticité cristalline, qui, contrairement aux idées reçues, a trait à sa malléabilité. Il est constitué de deux parties.

Dans la première partie (paragraphe 3.1), la métaphore freudienne du cristal pour caractériser la notion de structure telle qu’elle est utilisée en psychopathologie psychanalytique est discutée en tenant compte du phénomène de plasticité cristalline. Un cristal parfait est indéformable et, sous l’effet d’une contrainte suffisante, il ne peut que rompre par clivage. Mais s’il contient quelques défauts, le cristal est capable d’une plasticité qui modifie sa structuration interne par la multiplication de ses dislocations (3.1.1). Cette dynamique structurale laisse des traces matérielles dont la forme dépend du rapport d’orientation du cristal à la contrainte externe (3.1.2). Les structurations anisotropes qui résultent de cette interaction peuvent être caractérisées vis-à-vis de contraintes ultérieures en termes de fragilité ou de capacité à se déformer. Pour un polycristal tel que ceux de notre monde naturel, caractérisé par un agrégat de cristallites désorientés les uns par rapport aux autres, la plasticité cristalline se manifeste par un agencement de parties aux propriétés différentes et qui composent sa « texture » (3.1.3). Prise de façon métaphorique pour un modèle de la psyché, la notion de « texture » renvoie donc à une structuration qui n’est plus dichotomique mais d’une grande variété, à la manière d’un texte singulier qui s’actualise de manière vive en fonction des rencontres avec le monde réel.

Après avoir présenté les notions de structure, de texture, de contrainte seuil, de dislocation, de fragmentation, je développerai dans une seconde partie le phénomène catastrophique de « recristallisation » qui conduit au développement de « nouveaux » cristaux (paragraphe 3.2). Cette transformation se produit par la déstabilisation d'un état métastable, lorsqu'une perturbation agite un système sous tension (3.2.1). Son mécanisme est détaillé dans le paragraphe 3.2.2, où nous verrons que la « nouveauté », qui relaxe le système et lui confère une nouvelle orientation texturale, est en réalité une entité pré-existante dans ce système. Cette entité – qui ne se repère qu'après-coup – résulte d'une structuration particulière des traces qu'ont laissées les interactions du cristal avec l'environnement extérieur. Plus précisément, le développement de cette entité microscopique est conditionné par le contexte dans lequel elle se trouve, contexte qu'elle actualise par le fait même de son développement. Le potentiel de la transformation paraît alors conditionné par trois éléments : l'existence d'une structuration interne singulière, d'un état de métastabilité, et d'une perturbation.

Nous concluons ce chapitre (3.3) par les perspectives cliniques ouvertes par ces notions de texture, de structuration et de recristallisation.

3.1 De la notion de « structure » à celle de « texture »

Cette première partie vise à discuter la notion de structure psychique telle qu'elle est utilisée en psychopathologie psychanalytique pour étayer la grande distinction structurale entre névrose et psychose. Si cette notion peut apporter une certaine intelligibilité aux faits cliniques et orienter les choix thérapeutiques, l'analyse en termes de structures se révèle cependant problématique dans certains cas. En particulier face à un tableau clinique instable ou mixte, l'analyse structurale peut paraître, à l'usage, rigide, en raison de la discontinuité et de l'exclusivité qu'elle impose entre psychose et névrose, d'une part, et d'autre part de la fixité suggérée par la notion de structure, du moins telle qu'elle est comprise traditionnellement.

L'objectif est ici de proposer une approche alternative, qui reste structurale, mais en complexifiant la notion, désormais conçue comme résultant d'un processus de structuration, l'attention étant prioritairement portée sur ce processus. Je m'inspire pour cela de la notion de structure telle que Freud l'introduit implicitement en 1933 dans la Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, au travers d'une métaphore, celle d'un cristal qui subit un choc et se brise selon des lignes de clivage propres à sa structure interne et qui révèlent alors une fragilité sous-jacente. Le point saillant de la métaphore est celle d'un

agencement interne dont les éléments peuvent s'articuler de façons spécifiques pour produire une réponse lorsqu'il est soumis à une contrainte.

Il est fréquent dans la littérature en sciences humaines de choisir "le" cristal comme objet métaphorique en raison de l'immuabilité de son agencement interne et il est juste de dire que les propriétés structurales des différents cristaux varient en fonction de cet agencement. Mais affirmer que la structure est fixée n'est pas dire qu'elle ne produit rien qui varie. Je propose donc de retravailler cette métaphore des structures cristallines, en soulignant d'autres propriétés que celles que Freud met en avant. J'indiquerai notamment que dans les cristaux, et bien que leur structure soit fixée, il existe néanmoins une plasticité cristalline, une dynamique structurale, reflet des rencontres du cristal avec des contraintes externes, qui n'est pas cause de rupture mais qui « dessine » dans le cristal une texture singulière.

3.1.1 Structure et défauts de structure

Au contraire des matériaux amorphes, comme les liquides ou les verres (fussent-ils "en cristal"), un cristal est caractérisé par l'ordre à courte et à longue distance de l'agencement de ses atomes. Il en est ainsi des minéraux, du quartz ou du diamant, mais aussi des métaux, comme l'acier, l'or ou le plomb, qui sont naturellement constitués d'agrégats polycristallins et composent les roches ou les objets de notre environnement.

C'est la répétition qui définit leur structure : le réseau cristallin est décrit par l'arrangement périodique de ses atomes selon un motif qui se reproduit idéalement. Chaque atome prend sa place aux sommets ou au centre des faces d'un cube ou d'un hexagone par exemple, définissant ainsi des plans atomiques plus ou moins compacts, plans qui se retrouvent parfois dans la forme extérieure adoptée par le cristal. La façon qu'ont les atomes de se "tenir ensemble" est un déterminant des propriétés fonctionnelles du cristal, comme sa dureté, ses propriétés optiques ou magnétiques. Les mêmes atomes de carbone peuvent ainsi se structurer selon un maillage hexagonal, et cela produit du graphite qui est un cristal très tendre, ou, sous des conditions de pression et de température différentes, selon un maillage plus complexe qui est celui du diamant, le cristal le plus dur.

La ductilité ou la fragilité de ces cristaux, ainsi que leur aptitude au clivage pour une contrainte donnée, dépendront de cette structure (point sur lequel je reviendrai plus loin à propos de la métaphore de Freud). La structure cristalline est aussi la cause d'une *anisotropie* de ces propriétés, ce qui signifie que les propriétés varient en fonction de la direction dans laquelle elles sont mesurées²⁰⁸.

208. Typiquement, la diffraction des rayons X est dépendante de l'angle d'incidence entre le cristal et le faisceau de lumière, reflétant l'organisation des plans atomiques dans la structure.

Du manque dans l'arrangement parfait

Si le réseau cristallin est parfait, il ne manque aucun atome là où la structure prévoit qu'ils se trouvent : celle-ci est stable, complétée, symétrique. Dans ce cas, le cristal est indéformable et ne peut répondre à une contrainte externe que sous le mode de la rupture, quelle que soit sa structure. En présence d'un défaut en revanche, comme un atome manquant, il en va autrement. Un tel manque crée un vide qui peut circuler, à la manière du jeu de Taquin évoqué par Lacan, permettant alors aux atomes de la structure de modifier leur agencement pour accommoder une contrainte. Ce défaut – appelé une lacune en cristallographie – est aussi la source d'un champ de déplacements sur les atomes voisins, d'une brisure de symétrie à l'origine d'un champ de forces, d'une poussée orientée. Lors d'une sollicitation externe mécanique ou thermique, la présence de défauts est ce qui conditionne l'amorce d'un mouvement, les atomes prenant successivement la place de la lacune, permettant au cristal de trouver une nouvelle configuration d'équilibre provisoire, et de faire preuve ainsi de plasticité.

Les dislocations comme source de plasticité

Dans le monde naturel, les cristaux contiennent toujours des défauts de structure²⁰⁹. Il peut s'agir d'un atome manquant, comme la lacune précédemment évoquée, ou d'une ligne d'atomes légèrement déplacés dans un réseau par ailleurs parfait. Ce défaut de structure, qui crée une faute dans l'alignement des atomes, est appelé une dislocation²¹⁰. Celle-ci se modélise par une *coupure* dans la matière, suivie d'un *déplacement* d'une distance inter-atomique, comme illustré par la figure 3.1-(a) dans un cylindre de matière cristalline. Cette opération crée un petit cisaillement du réseau cristallin le long d'une ligne dont la largeur n'est que de quelques atomes, localisée dans le coeur du cylindre (cf. figure 3.1-(b)). Au-delà du coeur de la dislocation, comme par exemple dans le cylindre de matière – et si le déplacement était bien d'une distance inter-atomique – le défaut n'est plus visible : la partie déstructurée ne l'est que le long d'une ligne (cf. figure 3.1-(c)). Ce n'est donc qu'en se rapprochant du coeur que l'on perçoit la désorganisation du réseau cristallin.

Bien que ce défaut soit très localisé, il est d'une importance capitale pour l'accommodation d'une contrainte par plasticité. La plasticité cristalline se produit par glissement de plans atomiques précis, un peu comme un paquet de cartes à jouer se cisaille quand on fait glisser les cartes les unes sur les autres. Mais ce glissement ne s'opère pas massivement : la ligne de dislocation, qui porte

²⁰⁹. Voir par exemple KUBIN, LADISLAS, « Imperfections cristallines hors surface », *Techniques de l'ingénieur. Sciences fondamentales*, 1987, Nr. A243.

²¹⁰. Les dislocations cristallines ont été imaginées par Volterra en 1901. Leur rôle dans la déformation plastique a été supposé par Taylor, Orowan et Polanyi en 1934 (pour résoudre le paradoxe de Frenkel de 1926). Ce n'est qu'avec le développement des microscopes électronique en transmission (autour des années 60) qu'elles ont été observées pour la première fois.

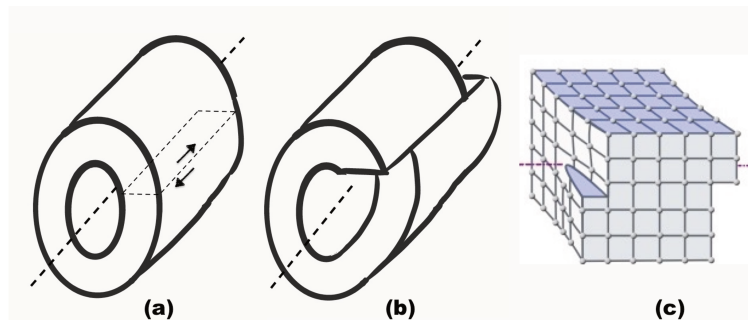


FIGURE 3.1 – Formation d’une dislocation dans un cylindre de matière par coupure et déplacement (a). Le résultat de cette opération consiste en une ligne de distorsion le long de l’axe du cylindre (b). Le même schéma où l’on représente le réseau cristallin montre que celui-ci a retrouvé sa structure initiale et que le défaut est concentré le long d’une ligne (c).

localement un "quantum de cisaillement", a la faculté de glisser sur ces plans cristallins et de propager ainsi la déformation de proche en proche à travers toute la structure parfaite du cristal. Cette propagation s’opère en sorte de minimiser l’effort, comme on procède pour déplacer un grand tapis très lourd sur le sol, en faisant un pli le long d’une ligne à un bout du tapis que l’on pousse ensuite progressivement jusqu’à l’autre extrémité, plutôt qu’en le tirant d’un bloc. D’autre part, et comme tout défaut qui crée un champ de déplacement dans la structure atomique, les dislocations sont la source de *contraintes internes*, de poussées polarisées dans le sens d’un retour à la structure parfaite, non cisailée. Autrement dit, elles sont à l’origine d’une *énergie bloquée* au sein de la matière, la plaçant dans un état métastable, susceptible d’évolution si les conditions d’une transformation sont réunies. Une découverte importante du 20^e siècle a été que l’existence et surtout le mouvement de ces défauts de structure sont nécessaires à l’accommodation des contraintes venues de l’extérieur sous le mode de la déformation. Cela a permis d’établir les mécanismes de la plasticité et de comprendre comment un cristal peut se déformer sous l’effet d’une contrainte. On sait donc maintenant que c’est le mouvement des défauts de structure (lacunes, dislocations, désinclinaisons...) qui permet aux glaciers de fluer, aux roches de se déformer et surtout aux métaux de prendre la forme qu’on leur impose.

Sans la présence de dislocations, le cristal se brise sous l’effet de la contrainte, sur le mode du clivage, selon des plans cristallins précis en lien avec sa structure cristalline. On reconnaît ici la métaphore de Freud, où le cristal, pris pour un modèle du moi, se brise sous l’effet d’un choc intense :

« Là où [la pathologie] nous montre une brisure ou une fissure, il

peut y avoir normalement une articulation. Si nous jetons un cristal par terre, il se brise, mais pas arbitrairement, il se casse alors suivant ses plans de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure du cristal. De telles structures fissurées et éclatées, c'est aussi ce que sont les malades mentaux. »²¹¹

Selon cette métaphore, la fissuration pathologique de l'appareil psychique se produit selon des plans de clivage (*Spaltung*) cachés dans le cristal et totalement dépendants de sa structure. C'est dans l'après-coup de la rupture, que se révèle la pré-existence de ces plans de fragilité au sein (et en conséquence) d'une structure qui n'en laissait rien paraître auparavant. En d'autres mots, cette métaphore introduit tout d'abord l'idée qu'il existe une structure de l'appareil psychique. Ensuite, qu'au sein de celle-ci, des plans de clivage existent de manière dormante à l'état normal, mais qu'un événement peut les rendre manifestes. L'intérêt de cette métaphore est de permettre l'hypothèse de structure déterminant la forme de décompensation, en fonction du type de plans de clivage. Son inconvénient est qu'elle laisse penser qu'il n'y a pas de plasticité possible, pas de réaménagement structural, avant la rupture.

Plasticité ou rupture par clivage

Qualitativement, le clivage existe de façon potentielle dans tous les cristaux et le type de plans de clivage diffère en fonction de la structure cristalline. Cependant, celui-ci est plus ou moins facilement activable. Par exemple, la propension au clivage est très élevée dans les minéraux, où les dislocations bougent difficilement²¹². Mais il dépend aussi d'autres facteurs, comme de l'intensité du choc et de sa vitesse (« Jetons par terre un cristal. . . ») ou de la température. Le Titanic est un cas célèbre de rupture fragile par clivage des aciers qui composaient sa tôle, pourtant plastiques à température ambiante. C'est-à-dire que même si la possibilité du clivage existe dans toutes les structures, il ne sera pas toujours observé. Dans la métaphore freudienne, c'est pour la structure dite psychotique que le seuil mécanique – ou la rencontre avec le monde réel – permettant de l'activer est le plus bas, rendant alors visible la fêlure, l'éclatement du moi.

Prolongeons cette métaphore à des contraintes plus modérées qu'un choc, où, non seulement le clivage ne se manifeste généralement pas, mais encore, où tous les cristaux ont la possibilité – même infime – de faire preuve de plasticité

211. FREUD, S., « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse - XXXI^e leçon « La décomposition de la personnalité psychique » (1933) », *Œuvres complètes, vol.19*, 2004, p. 142.

212. La propension au clivage est plus élevée pour les structures caractérisées par des liaisons covalentes, comme le diamant, car les dislocations bougent difficilement, contrairement aux cristaux à liaisons métalliques, comme l'or ou l'argent par exemple.

crystalline. Nous allons voir que ce mouvement, qui s'opère par le glissement de ses dislocations le long de plans particuliers, laisse des traces, reflet d'une dé-structuration et d'une re-structuration, traces qui auront une influence sur sa capacité à accommoder des contraintes ultérieures. Je cite à nouveau Freud :

« Il sera possible au moi d'éviter la rupture de tel ou tel côté en se déformant lui-même, en acceptant de faire amende de son unité, éventuellement même en se crevassant ou en se morcelant. »²¹³

Ce qu'il est intéressant de développer sur un plan métaphorique ici, ce n'est pas tant le rôle de la structure du cristal (la position géométrique des atomes) que celui de la genèse de sa structuration interne à structure cristalline donnée²¹⁴ ; elle se veut le reflet du fait qu'un cristal n'est pas figé (contrairement à sa structure), mais capable de déformation, de fragmentation, de morcellement²¹⁵. Je m'intéresse donc à ce qui se passe avant la rupture, lorsque les contraintes externes peuvent encore être accommodées par le cristal. Ce type de modèle illustre alors comment des contraintes de l'environnement, qui n'entraînent pas la rupture, peuvent être *structurantes*.

3.1.2 Plasticité cristalline et processus de structuration

Considérons donc un cristal, de structure cristalline donnée (c'est-à-dire selon laquelle les atomes s'ordonnent dans une maille cubique, hexagonale ou autre, de manière répétitive). Dans son état naturel initial, il contient quelques défauts ponctuels ou linéaires, mais éparses et sans rapport entre eux. Sous l'effet d'une sollicitation, ces défauts se multiplient et s'organisent, pour « structurer » le cristal, au sens où celui-ci conservera une trace interne de ces premières déformations, trace qui aura un effet sur son comportement ultérieur²¹⁶. Mais avant d'explicitier la structuration cristalline par déformation, il convient de préciser un peu de vocabulaire quant aux façons dont un cristal peut accommoder une contrainte externe, car ces mots sont aussi utilisés dans le langage commun.

213. FREUD, S., « Névrose et psychose (1924) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002, p. 286.

214. Dans la littérature scientifique, cette *structuration interne* est aussi appelée *microstructure* ou *sous-structure*. Le terme ne doit pas être confondu avec la *structure* du cristal, à laquelle Freud fait référence et qui peut être cubique, hexagonale... reflet de l'agencement géométrique des atomes que l'on décrit à l'échelle de l'Ångström (0,1 nanomètre). La structuration est un processus *dynamique* qui se produit à l'échelle de la centaine de nanomètres sous l'effet d'une contrainte mécanique ou thermique. Pour une structure cristalline donnée, un cristal pourra présenter différentes structurations internes.

215. Ce qui va à l'envers du sens commun où un cristal est immuable car parfaitement structuré. Si Henri Atlan, pour l'exemple, étudie les propriétés d'auto-organisation du vivant, en le situant *Entre le cristal et la fumée*, c'est parce qu'il veut donner l'image du cristal comme un modèle de rigidité, ordonné mais incapable de se modifier sous la contrainte. On se décale évidemment ici de cette position, en se plaçant dans le monde naturel, où les cristaux ne sont jamais parfaits – *i.e.* contiennent des défauts de structure – et sont donc capables de changements au travers du mouvement de ces défauts.

216. Voir par exemple MESSERSCHMIDT, ULRICH, *Dislocation dynamics during plastic deformation*, Volume 129, Springer Series in Materials Science, 2010.

Les différents modes d'accommodation de la contrainte

On distingue trois domaines de déformation successifs pour un cristal soumis à une sollicitation extérieure²¹⁷ : le domaine d'élasticité (1) puis, au delà d'un certain seuil de contrainte, le domaine de plasticité (2) ; et enfin au delà d'un certain seuil de plasticité, le cristal s'endommage (3).

(1) Le premier mode de déformation correspond à l'*élasticité*. Cette déformation est *réversible* (on parle aussi de souplesse ou de rigidité). L'élasticité caractérise le premier stade de la déformation. Le matériau se déforme, mais retourne à son état initial dès l'arrêt de la sollicitation. Les dislocations amorcent un mouvement, mais reviennent en arrière à la façon d'un arc tendu, dès que la contrainte cesse²¹⁸. Ce mode de déformation est valide tant que la contrainte externe est inférieure à un certain seuil, la *limite d'élasticité*²¹⁹. Aucune trace, aucun changement microstructural n'est observé. La forme extérieure revient également à l'identique.

(2) Le second mode de déformation est celui de la *plasticité*. Cette déformation est *irréversible* et se produit par la propagation d'un quantum de cisaillement porté par les dislocations qui glissent sur des plans cristallins²²⁰. Cette fois-ci les dislocations ne reviennent pas en arrière. Les dislocations se croisent et interagissent entre elles, s'attirant ou se repoussant selon les cas. Eventuellement elles s'épinglent mutuellement, se recombinent et s'immobilisent dans ce qu'on appelle des *murs* de dislocations, qui délimitent alors des *cellules*. Ces murs sont des parois de dislocations enchevêtrées qui bloquent le passage des dislocations encore mobiles. Or, pour que la déformation progresse, il faut que le nombre de dislocations mobiles – qui propagent les quantum de déformation – soit maintenu. Certaines dislocations étant bloquées par les murs, le cristal doit donc toujours multiplier ses défauts de structure interne pour accommoder la sollicitation externe.

En nombre croissant, pour certains piégés au sein du cristal, ces défauts sont la source d'un champ de déformation et de contraintes internes, quantifiés par

217. Essentiellement une sollicitation d'origine mécanique, c'est-à-dire une force ou une pression, mais dont l'origine peut aussi être thermique si le matériau est contraint géométriquement.

218. Cela correspond à la déstabilisation d'une position métastable dans le schéma de la figure 1.1, mais dont l'apport énergétique, inférieur à l'énergie seuil d'activation, ne permet pas le passage à une nouvelle position d'équilibre. Le système est voué à la régression, dès que la perturbation cesse.

219. Il pourrait être intéressant de nuancer ce point. Dans les cas où la sollicitation est cyclique – même de faible intensité, mais répétée – des déformations irréversibles peuvent s'imprimer dans la matière pour des seuils inférieurs à la limite d'élasticité. On appelle cela la *fatigue* des matériaux. Le "tennis elbow" des sportifs en est un exemple.

220. J'ai dit que cette propagation se produisait sous l'impact de la contrainte externe, pourvu qu'elle soit globalement supérieure à la limite d'élasticité. En toute rigueur, elle suppose le dépassement d'un seuil de sollicitation *locale*, c-à-d résolue sur le plan de glissement de la dislocation en mouvement.

une *énergie bloquée* toujours plus haute, même si la configuration en murs et en cellules est une tentative pour la minimiser. D'une part, cette multiplication des défauts de structure augmente toujours le seuil de contrainte nécessaire pour induire une déformation ultérieure (la matière se durcit). D'autre part, le passage et le « piégeage » des dislocations créent un changement microstructural visible : la *sous-structure de déformation plastique*. C'est ce processus dynamique de structuration qui nous intéresse ici.

(3) Finalement, au delà d'un certain seuil de plasticité, l'accommodation de la déformation n'est plus possible autrement que par la *rupture*. Au cours de la déformation le matériau est devenu de plus en plus dur. Les défauts se sont accumulés dans la structure et se sont organisés. S'amorce alors une phase d'*endommagement* qui correspond à la formation de cavités qui progressivement coalescent. Une fissure interne se dessine puis se propage de façon catastrophique, provoquant finalement la rupture du matériau. Au contraire de la déformation plastique, dans la phase de l'endommagement qui mène à la rupture, la force nécessaire pour poursuivre la déformation est toujours décroissante.

Structuration et rapport au monde

Nous venons de voir que l'accommodation d'une contrainte venant de l'extérieur se produisait par le glissement des dislocations – qui propagent un quantum de déformation – le long de plans atomiques précis. Ces plans ne sont pas en nombre infini et ils dépendent de la structure cristalline, à la manière des plans et des directions de clivage. Il en résulte que ce mouvement nécessaire est anisotrope et qu'il sera plus ou moins facile pour une contrainte externe donnée. La facilité ou la difficulté du glissement dépend de l'orientation des plans de glissement par rapport à cette contrainte, ou encore, de l'*orientation* du cristal par rapport à la contrainte. Ce qu'on appelle une orientation se définit comme un rapport entre deux référentiels directionnels, l'un étant lié à l'objet (en l'occurrence, le cristal) et l'autre au monde extérieur (d'où provient la contrainte). C'est une loi – précisément, la loi de Schmid et Boas – mais on pourrait presque dire un langage propre au cristal, qui détermine les plans de glissement qui seront activés.

Ce point est illustré par le schéma de la Figure 3.2 : considérons un cristal dont deux types de plans de glissement potentiels sont dessinés en lignes pleines et en pointillés et où la contrainte externe est symbolisée par des flèches. Plaçons ce cristal dans trois configurations par rapport à une sollicitation externe. Dans la première configuration (Figure 3.2-a), le cristal est orienté de sorte qu'il peut se déformer en activant un seul système de glissement : la propagation du quantum de cisaillement des dislocations sur les plans en lignes pleines est suffisante. On dit que l'orientation de ce cristal est "ductile", c'est-à-dire que la

déformation se produit facilement et le cristal prend une forme macroscopique oblongue. Dans la seconde configuration (Figure 3.2-b), ce même cristal est légèrement tourné par rapport à la sollicitation externe. L'orientation des plans de glissement par rapport à la contrainte en est modifiée. Dans ce cas, le même système de glissement (en ligne pleine) ne suffit plus pour accommoder la déformation, et l'activation d'un second système contenant d'autres dislocations (en pointillé) est nécessaire. On obtient la même forme macroscopique oblongue pour le cristal, mais plus difficilement : on dit que l'orientation de ce cristal est "dure". Il en est de même pour le cas de la Figure 3.2-c, où l'orientation est dure, non pas parce qu'on a tourné le cristal, puisque la position initiale est la même qu'en (a), mais en raison cette fois-ci d'une rotation de la contrainte.

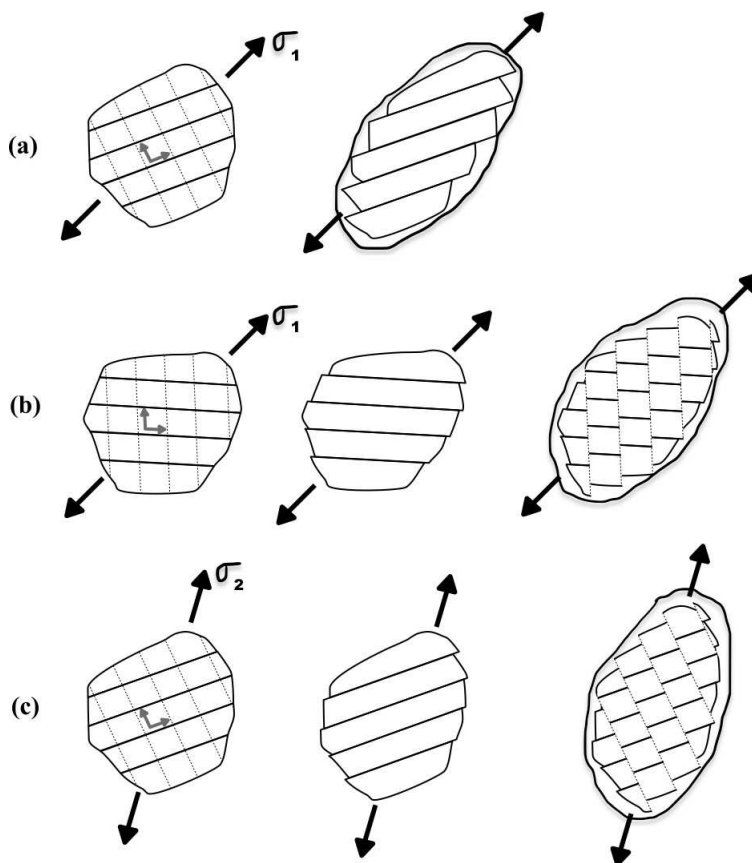


FIGURE 3.2 – Schéma de la déformation d'un cristal par glissement. -(a) pour un glissement facile lorsque l'orientation du cristal par rapport à la contrainte est "ductile" -(b) pour un glissement difficile lorsque cette orientation est "dure", puisque ce même cristal, légèrement tourné par rapport à la sollicitation externe, doit activer plusieurs systèmes de glissement pour l'accueillir -(c) pour un glissement également difficile, lorsque l'orientation est "dure", en raison cette fois-ci d'une rotation de la contrainte.

La structuration est une conséquence de ce dernier point. En se propageant sur leurs plans de glissement, les dislocations se rencontrent, interagissent en s'épingleant et en s'enchevêtrant. Si l'orientation du cristal par rapport à la sollicitation externe nécessite l'activation de nombreux plans de glissement qui se croisent – cas des Figures 3.2-(b) et 3.2-(c) – l'enchevêtrement des dislocations est d'autant plus important. Cela conduit à une fragmentation du cristal en petites cellules, séparées par des murs d'empilement de défauts toujours plus denses. La structuration prend alors l'apparence d'un clivage interne au sens commun du terme, puisque le cristal se fragmente en petites entités quasi-indépendantes. Une conséquence est l'énergie accumulée dans le cristal. En effet, l'activation d'un grand nombre de plans de glissement correspond également à la multiplication du nombre de dislocations. Or, tout défaut de structure ayant un coût en terme d'énergie interne²²¹, l'énergie bloquée dans le cristal augmente alors d'autant plus. Dans les cas des Figures 3.2-(b) ou 3.2-(c), la dé-structuration peut être telle, que le cristal arrive à une sorte de saturation en terme de densité de défauts acceptable pour lui permettre de maintenir une certaine cohésion interne.

Pour résumer ces deux cas de structuration extrêmes, on peut distinguer : d'une part, les orientations "ductiles", comme dans la Figure 3.2-(a), telles que les dislocations se propagent facilement et que la sollicitation extérieure est accommodée par un petit nombre de dislocations, ce cas générant un niveau bas d'énergie bloquée après la déformation et une structuration interne peu définie ; et d'autre part les orientations "dures", comme dans la Figure 3.2-(b), telles que les dislocations se propagent difficilement et que la sollicitation extérieure nécessite un grand nombre de dislocations. Dans ce cas, le niveau d'énergie bloquée après la déformation est élevé et la structuration interne très fragmentée.

Le plus déterminant pour la structuration interne, est donc l'*orientation du cristal par rapport au monde externe* (ou ce qui est la même chose – réciproquement – l'orientation des contraintes par rapport à un cristal) : quelle que soit sa structure cristallographique, dès qu'il est soumis à une sollicitation, le mode de réponse du cristal dépend de ce rapport à la contrainte.

Des cristaux identiques en terme de structure cristalline, se déformeront donc de façon *différente* en fonction de leur *orientation* par rapport à la sollicitation externe. Cette plasticité laisse des traces qui s'enchevêtrent pour produire une *structuration* et des *niveaux d'énergie bloquée différents* à l'intérieur des cristaux.

²²¹. Un coût, car tout défaut, comme une lacune ou une ligne d'atomes déplacés, perturbe la symétrie parfaite du cristal sur un plan stérique, entraînant localement des relaxations et des compressions, sources de champs de déformation et de contrainte à plus ou moins longue distance.

Structuration et actualisation du rapport au monde

Nous avons vu que la structuration interne d'un cristal, lorsqu'il est soumis à une contrainte externe donnée, dépend du rapport du cristal à la contrainte, c'est-à-dire de son orientation cristalline. En fonction de son orientation, le cristal se déforme par le cisaillement qu'induit le glissement des dislocations sur des plans cristallins propres à sa structure cristalline (le langage du cristal). Une subtilité réside dans le fait que cette structuration, dépendante de son rapport au monde, modifie ce rapport au monde au cours même du processus : pendant la déformation du cristal, l'orientation de celui-ci se modifie. Ce phénomène est assez facile à appréhender pour un monocristal. Il est illustré par la Figure 3.3 où un cristal est soumis à une contrainte externe de traction.

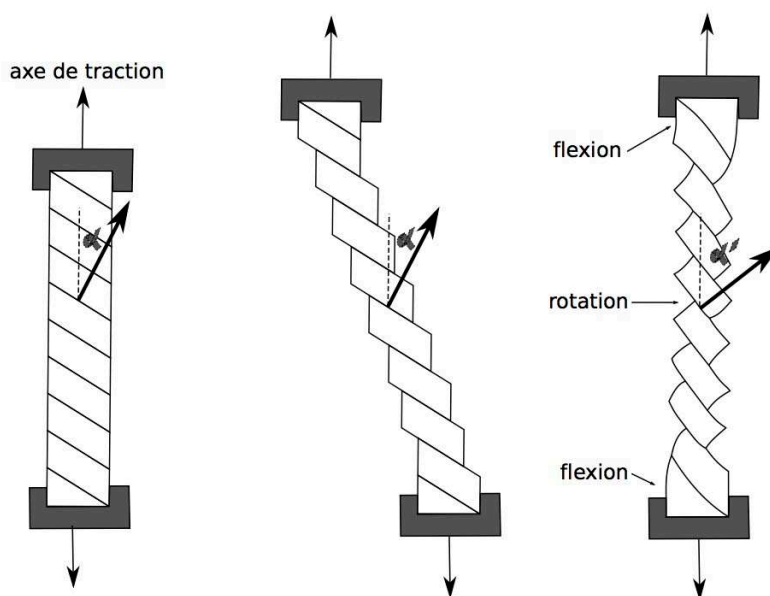


FIGURE 3.3 – Phénomène de « rotation de corps solide » dans un monocristal soumis à une traction. (a) l'orientation du cristal avant traction est illustré par l'angle que font ses plans de glissement avec l'axe de traction ; (b) le glissement le long des plans cristallins induit un cisaillement théorique qui permet au cristal de se déformer par allongement ; (c) une contrainte géométrique, liée à la fixité des axes de traction, oblige le cristal à une rotation qui modifie son orientation initiale.

Cette contrainte, qui ne varie pas, est imposée de l'extérieur sous la forme d'une tension entre deux axes fixes (Fig.3.3-a). Le glissement le long de plans cristallins définis permet au cristal de l'accommoder par cisaillement (Fig.3.3-b). Mais il faut tenir compte d'une sorte de principe de réalité qui est lié à la fixité des axes de traction. Le cristal n'est pas totalement libre de se déformer car il doit se maintenir dans l'axe de la traction qui lui est imposé. Ce cisaillement ne

peut donc s'envisager que s'il s'accompagne d'une rotation du cristal (Fig.3.3-c). Cette rotation, appelée « rotation de corps solide », n'est pas une déformation à proprement parler, c'est un mouvement. En conséquence de cette rotation cristalline, et par définition, l'orientation du cristal par rapport au monde externe s'en trouve modifiée.

Il en est de même pour un polycristal, constitué d'un agrégat de cristaux. Des contraintes d'ordre géométriques s'exercent sur chaque cristallite. Elles proviennent d'une part de la fixité des axes de la contrainte externe, comme cela vient d'être illustré pour le monocristal, et d'autre part, de la présence des cristallites voisins qui gênent également le cisaillement libre de chaque cristal. Ces dernières contraintes, dont l'origine est également géométrique, sont celles qui assurent la cohésion de la matière. Un cristal, pris dans un ensemble polycristallin, ne peut pas se déformer indépendamment des autres, car il est contraint à une certaine cohérence de l'ensemble (on distingue d'ailleurs nettement, dans la figure 3.4, des micro-cisaillements internes qui s'interpénètrent aux frontières entre les grains). Les rotations de corps solide, qui sont concomitantes à la déformation plastique et assurent cette cohérence, sont la source d'un changement de l'ensemble des orientations du polycristal (qualifié par sa « texture », notion que nous présentons plus bas).

Cela signifie que la déformation plastique, dont l'un des déterminants est l'orientation initiale du cristal, modifie cette orientation dans l'actuel. Dans le cas naturel des polycristaux, l'actualisation des orientations cristallines se produit non seulement en rapport avec la contrainte, mais encore, en rapport avec l'environnement de chaque cristallite.

Conséquences de cette première structuration

Une fois cette structuration inscrite dans le cristal, les déformations ultérieures ne pourront plus être accommodées de la même façon pour tous les cristaux. En effet, dès que le seuil de plasticité est atteint, le mouvement et la multiplication des dislocations, changent l'état du cristal, en terme de structuration, de champs de contraintes internes, d'énergie bloquée. A l'instant où le seuil d'irréversibilité est atteint, le cristal se retrouve dans un état *actuel* différent de son état *initial* et la contrainte seuil nécessaire à la poursuite de la déformation est modifiée (elle est généralement plus élevée). Les cristaux dont l'orientation est telle que la structure est fragmentée seront vite enclins à la rupture car les nombreux défauts accumulés forment une barrière pour la propagation de nouvelles dislocations. Les cristaux ductiles pourront supporter davantage de sollicitations ultérieures, en mobilisant leurs défauts de structure, jusqu'à ce que celles-ci, sur-

tout si elles changent d'orientation, les conduisent également à se fragmenter ²²².

Si ce processus de structuration cristalline est pris métaphoriquement pour celui de l'appareil psychique, on retrouve alors bien deux grandes catégories aux extrêmes, avec un modèle de structuration que l'on pourrait qualifier de « névrotique » pour les cristaux déformables, qui parviennent à négocier avec les contraintes externes et à prendre une forme sans se morceler, et un modèle de structuration « psychotique » pour les cristaux qui se fragmentent. Précisons que la structure ainsi conçue, en terme de dynamique de structuration, n'est pas intrinsèque à l'objet, mais qu'elle dépend de sa relation au monde. Dans le cadre psychanalytique, on ne suppose pas non plus qu'elle le soit : le complexe de castration ou la métaphore paternelle, supposent toujours un événement raté à l'origine, forclos dans l'actuel, qui est bien lié à une interaction avec l'extérieur et qui structure l'appareil psychique, même de manière peu visible. Dans la métaphore du cristal de Freud, ce qui détermine la structure, ce sont les conditions de température et de pression imposées pour la cristallisation, à l'instar du carbone qui peut cristalliser sous la forme de graphite ou de diamant. Dans la métaphore telle qu'elle est reprise ici, c'est la relation d'orientation entre le cristal et la sollicitation externe. Il est donc possible de considérer, selon les deux métaphores, qu'une structure originale se dessine dans le moi, en fonction de sollicitations précoces qu'il rencontre dans le monde extérieur.

Une première différence entre ces deux métaphores réside dans le fait qu'il existe un *continuum* de structures – à l'instar d'un continuum d'orientations – dans la structuration par plasticité, tandis qu'il n'en existe pas pour les structures cristallines (le carbone cristallise en graphite *ou* diamant). En effet, les cristaux orientés entre les deux extrêmes présentés dans la Figure 3.2 se comporteront de façon intermédiaire à ces deux extrêmes et ceci de manière stable.

Mais la nature est encore plus complexe que cela. Dans le monde naturel, les structurations homogènes telles qu'elles viennent d'être présentées ne sont pas fréquentes, tout simplement parce que les monocristaux sont rares. Ils sont utiles comme modèles pour expliciter les mécanismes de la plasticité, mais les matériaux se présentent généralement sous une forme polycristalline, constituée d'un agrégat de cristallites, désorientés les uns par rapport aux autres.

3.1.3 Une "structure" ou une "texture" ?

Chaque cristal constituant le polycristal se comporte individuellement comme on l'a expliqué plus haut, et développe une structuration qui dépend de son orientation relativement à la contrainte externe.

²²². Ce dernier point formant le champ de recherche de l'étude de l'endommagement en fonction des trajets de sollicitation.

Comme la micrographie de la Figure 3.4 l'illustre, le polycristal, à un moment donné de son histoire, contient donc à la fois des cristaux dont l'orientation implique des « comportements » durs (difficilement déformables et stockant beaucoup d'énergie) et d'autres ductiles (déformables, facilement adaptables et stockant peu d'énergie). En somme, le polycristal est hétérogène, constitué de régions ayant des qualités et des propriétés distinctes²²³.

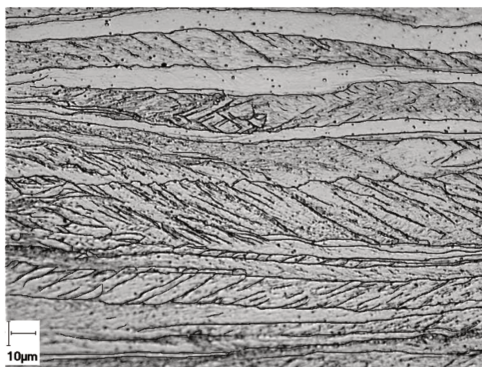


FIGURE 3.4 – Microstructure d'un polycristal de fer après déformation, révélant des cristaux "ductiles" (plus clairs et très aplatis) et des cristaux "durs", fragmentés par la déformation plastique.

La fraction relative de cristaux ductiles et durs qui constituent le polycristal, dépend des orientations initiales de ses cristallites (et de l'incidence de cette orientation face à cette contrainte externe commune). Comme le polycristal est composé de plusieurs cristaux désorientés les uns par rapport aux autres, on ne peut plus parler d'*orientation*, puisque l'orientation est un rapport unique entre un référentiel lié au cristal et un référentiel lié au monde extérieur. Un polycristal contient, par définition, *toutes* les orientations de ses cristallites. Pour un polycristal, on parle alors de *texture cristallographique*. La texture qualifie et quantifie les orientations préférentielles au sein du polycristal, c'est-à-dire la relation statistique des cristallites à leur environnement²²⁴. C'est une *tendance* qui détermine le comportement de l'ensemble face à une contrainte externe.

En fonction de sa texture donc, *et* pour une sollicitation donnée, un polycristal contiendra plus ou moins de régions dures et fragmentées. Par ailleurs, du fait des différences de taille entre les cristallites, de forme, de positionnement, d'inclinaison de leurs plans d'accolement, de désorientations... il est impossible de

²²³. Le comportement de l'ensemble, différent de celui de chacun des cristaux qui le composent (le comportement d'un cristal dépend de ceux de ses voisins), est plus ou moins prévisible par des *modèles auto-cohérents*.

²²⁴. Pour un exposé général sur ce sujet, voir par exemple WENK, HANS-RUDOLF et VAN HOUTTE, PAUL, « Texture and anisotropy », *Reports on Progress in Physics*, 67 2004.

trouver, ni même de fabriquer, un polycristal identique à un autre. En ce sens on peut dire que la structuration qu'une sollicitation imprime dans un polycristal est individuante et que sa texture est singulière.

Pour conclure cette première partie sur la plasticité, on peut dire qu'à la lumière de cette possibilité de plasticité cristalline, puis en considérant la notion de « polycristal », la métaphore freudienne du cristal pour caractériser la notion de structure prend un sens assez différent. Un cristal, dont la structure interne est supposée immuable, est en réalité capable de se transformer sous l'effet d'une sollicitation externe, pourvu que sa structure ne soit pas parfaite mais contienne quelques défauts, ce qui est toujours le cas dans la nature. Cette plasticité laisse dans la matière des traces structurantes dont la forme dépend moins de la nature de la contrainte ou de celle du cristal que du *rapport* du cristal à cette contrainte. Ces traces « inscrivent » alors au cours de l'histoire des sollicitations que rencontre le polycristal naturel, une structuration composée d'un certain agencement de parties aux propriétés différentes et qui composent sa texture. Prise de façon métaphorique pour un modèle de la psyché, la structuration par plasticité renverrait donc davantage à un moi hétérogène, structuré en différentes parties, qu'à l'idée de clivage d'un moi homogène. La texture psychique – qui n'est plus dichotomique mais d'une grande variété – peut être comprise comme un indicateur structural, mais à la manière d'un texte singulier qui s'actualise de manière vive en fonction des rencontres avec le monde réel.

Mais l'actualisation de la texture peut aussi être déclenchée par un phénomène interne, lorsque la matière a atteint un niveau d'énergie bloquée suffisant pour l'activer. Dans ces conditions, il se produit de manière catastrophique à partir d'une simple perturbation externe. Ce phénomène – la « recristallisation » – rétablit des propriétés analogues à celles qui précédaient la déformation structurante et modifie totalement la texture à partir des traces inscrites dans la structuration.

3.2 Dynamiques de re-structuration

La partie précédente évoquait la façon dont les cristaux se structurent pendant une phase d'exposition à une contrainte externe. Cette structuration, qui se produit dans le sens d'une minimisation de l'énergie interne et fait contre-poids à la multiplication des dislocations, présente cependant ses limites. De fait, la matière oppose une résistance toujours croissante vis-à-vis des sollicitations ultérieures, qui finiront par la mener à rupture. Il existe cependant une solution de re-structuration radicale, que connaissent bien les forgerons : le recuit. Il s'agit de profiter de l'état métastable dans lequel se trouve la matière qui a

accumulé un grand nombre de dislocations. Cet état, caractéristique d'un niveau d'énergie interne anormalement élevé, peut évoluer vers un état de plus grande stabilité (c'est-à-dire de moindre énergie), pourvu qu'un événement favorisant ce mouvement puisse avoir lieu.

Comme cela a été rappelé au chapitre 1, la déstabilisation d'un état métastable se produit lorsqu'on le perturbe (cf. Figure 1.1, p.10). Il s'agit donc de déstabiliser le système afin qu'il devienne *instable* et puisse évoluer spontanément vers un état plus stable. Pour cela un certain apport énergétique est nécessaire (l'énergie d'activation). Dans le cas de la forge, cela est obtenu par un traitement thermique, qui rend la matière soudain plus ductile.

Au coeur du matériau, le flux de chaleur qui traverse les cristaux se traduit par une agitation thermique qui met en mouvement les défauts de structure. Initialement mobiles dans tous les sens, les dislocations amorcent ensuite un mouvement collectif qui permet soudainement le développement de nouveaux cristaux, quasiment exempts de défauts, par un mécanisme dit de « germination et croissance ».

3.2.1 Rétablissement des propriétés

Cette transformation à l'état solide se caractérise par deux phénomènes successifs : la *restauration* et la *recristallisation*. Ces deux étapes induisent un adoucissement du matériau considérablement durci par la déformation et lui permettent de retrouver une partie ou la totalité des qualités qu'il possédait avant la déformation. Cependant, le recouvrement des propriétés est très partiel à l'étape de restauration, où la structuration interne change très peu, alors que celle-ci change radicalement (et catastrophiquement) pour la recristallisation. Les propriétés fonctionnelles « retrouvées » dans ce cas ne sont d'ailleurs pas les mêmes que les propriétés précédant la déformation plastique.

Voyons brièvement ce que recouvrent ces deux phénomènes de rétablissement des propriétés avant de détailler davantage le mécanisme de la recristallisation.

Rétablissement via la restauration

Lorsque le cristal est traversé par un flux de chaleur, les vibrations atomiques que constitue l'agitation thermique, permettent à des dislocations qui portent un quantum de cisaillement opposé de se rencontrer et de s'annihiler. Ce phénomène induit une petite diminution de la densité de dislocations – et donc de l'énergie bloquée – qui permet au cristal de retrouver une certaine aptitude à la plasticité. Mais la forme de la structuration cristalline change très peu ; sa texture et son taux de fragmentation restent les mêmes. Tout au plus, les parois entre les

fragments déformés s'affinent et acquièrent une certaine mobilité (une habileté au mouvement).

Bien que la densité de défauts de structure ne baisse que modérément, cela permet néanmoins au cristal de se stabiliser davantage dans cette structuration (il perd un certain degré de métastabilité). On peut donc comparer la restauration à un *changement d'ordre I*, au sens systémique du terme, où le changement qui s'opère à l'intérieur du système ne modifie pas fondamentalement ses propriétés fonctionnelles, ni le système lui-même. Au contraire : il le stabilise dans sa position actuelle.

Rétablissement via la recristallisation

Lorsque le flux de chaleur est plus important, le traitement thermique induit, en revanche, un changement radical de la structuration intra-cristalline. Le phénomène – de type catastrophique – se manifeste par l'apparition de petits cristaux presque parfaits qui croissent et envahissent toute la microstructure déformée, comme l'illustre la micrographie de la figure 3.5. Il est modélisé par des étapes de *germination* et *croissance*, au cours desquelles de nouvelles propriétés émergent de la structure ²²⁵.

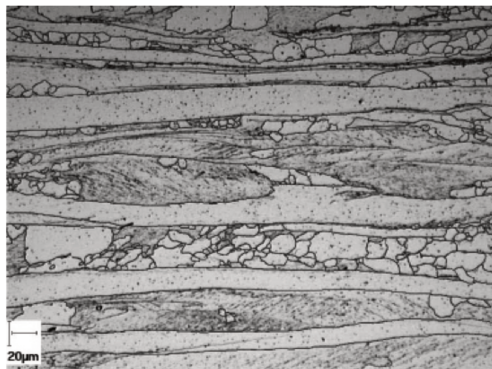


FIGURE 3.5 – La recristallisation se manifeste par des germes équiaxes et quasi-exempts de défauts qui se développent dans les cristaux fragmentés par la déformation ; les cristaux "ductiles" ne recristallisent pas.

Les nouveaux cristaux, remplaçant les anciens mais avec leurs propres orientations, confèrent au polycristal une nouvelle texture. Ce changement de texture peut être rapproché d'un *changement d'ordre II*, au sens systémique du terme, c'est-à-dire au sens où il induit un changement de norme de fonctionnement du système. C'est cette transformation, en tant que changement de rapport au

²²⁵. De nouvelles orientations cristallines, c-à-d une nouvelle texture, caractérisant son orientation globale par rapport au monde externe, lui conférant de nouvelles propriétés électromagnétiques ou mécaniques.

monde externe, qui peut être saisie comme une métaphore du rétablissement en psychopathologie, et dont nous explicitons maintenant le mécanisme.

3.2.2 Re-structuration et nouvelles propriétés fonctionnelles

La « recristallisation » est la transformation à l'état solide qui permet à la matière, fortement marquée et fragilisée par des contraintes externes, de recouvrer des qualités de plasticité, par un phénomène de germination et de croissance de nouveaux cristaux qui envahissent progressivement son milieu.

Les germes comme éléments du « texte » du cristal

Une des questions essentielles de l'étude de ce phénomène concerne l'origine des germes de recristallisation. Ces « germes » étaient-ils déjà présents dans la structure du cristal déformé ou se sont-ils formés au sein de cette structure ? Étaient-ils présents en tant que singularités de la structure déformée, ou se sont-ils formés ex-nihilo grâce à l'agitation thermique ? Des observations relativement récentes (du début des années 2000²²⁶) montrent que les germes étaient présents parmi les cellules de dislocations, ces petits fragments qui se créent dans le cristal pendant la déformation. Mais on sait aussi que seules *certaines* de ces petites cellules peuvent devenir des germes.

Parler de « germination » dans ce cas peut être un abus de langage (puisque'il ne s'agit que de croissance de cellules), mais ce vocable est néanmoins conservé dans la communauté scientifique. Ce qu'il faut comprendre, c'est que, contrairement à d'autres phénomènes comme la cristallisation, la germination ne nécessite pas ici de singularité extérieure au système considéré²²⁷. La singularité se trouve déjà dans le cristal.

Le premier point à saisir est donc que ce sont dans les traces de la déformation que l'on trouve les germes. Les germes sont présents dans le « texte » du cristal qui a été soumis à des contraintes, mais invisibles, comme des singularités dormantes, qui ne se distinguent apparemment en rien des autres cellules sub-microniques de la structuration. Ils ne sont reconnaissables comme germes qu'après-coup, une fois leur croissance suffisante.

226. Depuis une vingtaine d'années, avec l'apparition d'une nouvelle génération de microscopes électroniques (FEG-SEM-ebsd), des observations fines ont montré que ce sont dans les cristaux fragmentés que la recristallisation est la plus intense et que les germes ne sont autres que des petits fragments de ces cristaux qui ont grossi.

227. La germination homogène, ex-nihilo, dans une solution idéalement pure est quasiment impossible à obtenir dans une solution liquide. En pratique, il existe toujours d'infimes impuretés (sans compter les parois du contenant de la solution) qui sont à l'origine des premiers agrégats d'atomes en phase de cristallisation. Ces hétérogénéités sont des éléments "externes", à l'instar du grain de sable introduit dans une huître.

Une singularité tirée d'un « contexte »

Après avoir établi que les germes sont déjà présents en tant que cellules de déformation au sein de la structure, une autre question a préoccupé les scientifiques : quelles sont les cellules qui deviennent des germes ? De quelle nature est faite cette singularité qui leur confèrera le statut de germe ?

Les observations ont montré que c'est là où la structuration était la plus marquée, la plus fragmentée, que la re-structuration par germination et croissance est la plus intense. Cela correspond aussi aux endroits où la densité de dislocations – et donc d'énergie bloquée dans le cristal – était les plus élevées. Les cristaux dits ductiles, qui forment peu de cellules de dislocations, ne recristallisent presque jamais (le degré de structuration et l'énergie bloquée dans ces cristaux sont faibles). Dit autrement, les germes se développent dans les régions *les plus métastables* de la matière.

Ce qui confère leur singularité aux cellules de ces régions est un avantage en terme de désorientation cristalline et en terme de force de motrice. Elles ne sont en rien différentes des autres cellules, mais elles se trouvent dans un environnement riche en défauts de structure et donc en énergie potentielle pour leur croissance. Lors de la transformation, les premières cellules qui grossissent envahissent leur milieu de proche en proche : par là-même, elles modifient leur milieu et conditionnent le développement de germes dans d'autres régions. S'il existe d'autres germes potentiels dans des régions voisines, qui présentent également un avantage relatif, ceux-ci ne se développeront réellement que si la cinétique de la transformation leur en donne l'opportunité²²⁸. Dans le cas contraire, ces régions disparaîtront sous l'effet de la colonisation par les premiers germes.

Le second point à saisir est donc que la germination est une question de *contexte* et de *temporalité*. Les singularités qui se développent pour devenir des germes se situent dans les régions les plus métastables de la structuration. Elles ne sont singulières que de par le « contexte » dans lequel elles se trouvent. Lors de la croissance, le milieu environnant les germes est envahi et donc modifié : la transformation actualise donc le contexte qui est la condition même de son occurrence. La vitesse à laquelle se produit cette transformation détermine la germination potentielle des autres régions.

228. On peut illustrer cela en prenant l'exemple de deux traitements thermiques. Un traitement à température modérée (apportant une énergie modeste), permet de déstabiliser les régions les plus métastables (dont l'énergie d'activation pour la déstabilisation est la plus faible) et laisse le temps aux premiers germes de croître en envahissant leur milieu avant que des germes potentiels de régions un peu moins métastables ne puissent grossir. Ces dernières régions sont alors « colonisées » par les premiers germes avant même qu'elles n'aient pu développer de germes. Le polycristal obtenu sera constitué de grains grossiers (car peu de germes ont cru). Un traitement rapide à température élevée, en revanche, permettra de déstabiliser plusieurs régions en même temps car l'énergie apportée sera alors suffisante même pour activer les zones les moins métastables : de nombreux germes se formeront et le polycristal obtenu sera constitué de grains fins.

En d'autres termes, une cellule prise isolément ne signifie rien de plus qu'une autre cellule. Elle ne prend de sens qu'en fonction du contexte dans lequel elle se trouve, c'est-à-dire par rapport aux autres cellules voisines. Lorsqu'elle se trouve dans un contexte métastable, constitué de cellules fortement désorientées, sa valeur en est affectée, puisqu'elle est susceptible de croître pour atteindre la taille d'un germe. C'est l'ensemble de la structuration (de la « texture », du « texte » du cristal) qui constitue une totalité signifiante et c'est du contexte dans lequel elle se trouve que la cellule tire sa signification de germe... si la temporalité du phénomène le permet.

Croissance des singularités

Les germes sont présents dans la structuration déformée du cristal sous la forme de petits fragments. Ce sont des cellules de déformation, délimitées par leurs interfaces (parois ou murs de dislocations), qui se développent soudainement par croissance.

La croissance de ces entités est modélisée par la *migration d'une frontière* : l'interface séparant deux cellules se déplace et *étend un domaine aux dépens du domaine adjacent*. C'est après que ses frontières aient balayé un certain volume de son voisinage – c'est-à-dire lorsqu'elle a dépassé une certaine taille critique – que la cellule qui grossit est considérée comme un « germe ».

La vitesse de migration de l'interface V s'exprime comme le produit de sa « mobilité » M avec la « force motrice » P pour ce mouvement :

$$V = M \times P$$

La mobilité M est l'*habileté au mouvement de l'interface*. Elle dépend pour une très grande part du degré d'organisation de celle-ci²²⁹. A l'issue de la déformation, les parois qui délimitent les cellules sont constituées d'un écheveau de dislocations (des « murs ») tout à fait inapte à la migration. En effet, la mobilité d'une surface frontière exige un mouvement *collectif* des défauts linéaires qui constituent son maillage. Un minimum de "nettoyage" de ces parois, par le phénomène de restauration permettant de diminuer la densité de dislocations, sera donc nécessaire à l'acquisition de cette mobilité.

229. Elle dépend également de la *désorientation* de l'interface. La mobilité est *croissante avec la différence d'orientation entre les fragments* cristallins adjacents. On le comprend, en première approche, en modélisant une frontière entre deux fragments d'orientations différentes (si l'orientation est la même il n'y a qu'un fragment et pas de frontière) : plus la désorientation est importante et plus "l'espace interfacial" augmente. Cet élargissement favorise les sauts d'atomes à travers la frontière (moins d'encombrement stérique) et augmente la mobilité intrinsèque de l'interface. Par ailleurs, précisons que la mobilité dépend aussi des ségrégations d'impuretés à l'interface (qu'elle doit draguer ou dont elle doit se détacher). Cette dépendance s'exprime sous la forme d'une mobilité extrinsèque (qui se combine avec la mobilité intrinsèque selon une loi de cumul d'obstacles).

La force motrice P pour le mouvement est la différence d'énergie bloquée ΔE de part et d'autre de la frontière entre les deux fragments cristallins. Elle représente le potentiel pour la transformation à partir du moment où la mobilité est acquise. C'est l'existence d'une variation, d'un *gradient* d'énergie qui motive le déplacement de l'interface (et donc c'est encore ici une question de « contexte »). Le mouvement s'effectue toujours dans la direction de l'énergie la plus grande, de sorte que l'énergie globale du système après le mouvement s'en trouve diminuée²³⁰. La force motrice que "voit" la cellule en croissance est initialement faible, car elle provient des dislocations des cellules qui forment son voisinage (en moyenne 6 cellules). Mais dès qu'elle obtient un certain avantage de taille, le nombre de cellules qui l'avoisinent est nettement plus important que pour les autres cellules et c'est cela qui crée l'aspect « catastrophique » de la croissance. On parle d'ailleurs de *temps d'incubation* pour la germination, à la fois pour désigner le temps nécessaire à la cellule pour que ses parois gagnent en mobilité et le temps pour qu'elle atteigne une taille critique.

La croissance d'une singularité qui devient un germe est le résultat de la migration de ses frontières. Le troisième point important à saisir est que ce mouvement dépend de la conjonction entre une habileté à se déplacer (la mobilité) et une motivation (la force motrice). La mobilité s'acquiert en diminuant la densité de défauts dans les surfaces frontalières. La force motrice provient de la différence dans la densité de défauts de part et d'autre de la frontière.

Conditions de possibilité de la restructuration : Restauration nécessaire et superflue

La condition pour le mouvement liée à la mobilité et à la force motrice se présente en réalité comme un paradoxe. En effet, la condition nécessaire pour que le mouvement des frontières soit effectif est que l'interface soit *mobile* (condition obtenue lorsque la densité de dislocations dans les parois est faible). Mais cette condition n'est pas suffisante, il faut également que la force motrice soit non nulle (condition obtenue lorsque le gradient de densité de dislocations est élevé).

La raison pour laquelle la mobilité des parois est faible à l'issue de la déformation vient du fait que la frontière entre deux fragments est une paroi constituée

²³⁰ La nécessité de l'existence de ce gradient d'énergie s'explique par le fait que le mouvement se produit par *diffusion* d'atomes au travers d'une interface; ce sont les atomes "d'un côté" de l'interface qui se réarrangent selon l'orientation cristalline du cristal adjacent qui sont à l'origine du mouvement de la frontière. L'apport thermique permet d'augmenter la fréquence de vibration des atomes et d'atteindre une *énergie seuil de diffusion* où les sauts au travers de l'interface sont possibles. Les atomes peuvent franchir l'interface dans les deux sens. Mais l'*énergie d'activation* pour un saut "du côté" de l'interface où l'énergie est élevée est plus petite que pour un saut du côté où elle est faible. Ainsi si l'interface sépare deux zones de même énergie bloquée, la fréquence des sauts est identique de part et d'autre de la frontière et il n'y a pas de mouvement (c'est un cas où la force motrice est nulle). En revanche, si l'interface sépare deux zones dont les niveaux d'énergie sont différents, le mouvement s'initiera en direction de la zone la plus énergétique (produisant ainsi une diminution d'énergie locale).

de dislocations qui ne sont que "relativement" organisées. Cette organisation était une solution matérielle pour minimiser l'énergie accumulée au cours de l'accommodation des contraintes. Mais elle correspond à un minimum d'énergie qui est loin d'être optimal, de nombreuses dislocations étant redondantes dans les parois : celles-ci sont épaisses et relativement peu mobiles, l'énergie accumulée dans cette surface frontière est très élevée²³¹.

Les premiers apports énergétiques, qui créent les fluctuations atomiques de l'étape de « restauration », permettent à la paroi d'acquérir une plus grande mobilité : ses dislocations commencent à bouger, se rencontrent, s'annihilent, et cette diminution de la densité de dislocations dans la paroi permet son affinement et l'abaissement de son énergie interne. Ce processus de restauration, nécessaire à l'acquisition de la mobilité et donc de l'habileté au mouvement, correspond donc à une diminution de la densité de dislocations... mais, par voie de conséquence, également à une *diminution de la force motrice* globale pour le mouvement. Or, sans force motrice (P), il n'y a pas de mouvement ($V = M \times P$), même si les interfaces sont devenues très mobiles (M). Il s'agit donc de trouver un optimum d'énergie injectée sous la forme d'agitation thermique pour que les interfaces s'ordonnent et acquièrent une certaine mobilité, juste assez, pour ne pas trop diminuer la force motrice.

Le dernier point à saisir est donc qu'il existe des seuils de restauration nécessaire et superflue. Pour qu'il y ait changement dans la structuration, il est nécessaire qu'une certaine restauration s'initie, qu'un certain « ordre » s'établisse dans la structure du cristal. Mais si elle est excessive, la restauration conduit conjointement à un épuisement de la force motrice qui annule les possibilités de la transformation en diminuant le degré de métastabilité du système.

3.3 Perspectives cliniques

Contrairement à la notion de structure, dont une des formes paradigmatiques est celle d'une langue, la texture dépend du contexte. Elle est le résultat d'une articulation historique aux événements de la vie. Si le rapport aux contraintes varie, notamment en fonction du contexte historique et socio-culturel, les manifestations symptomatiques, d'adaptation ou de morcellement, varient également. C'est alors le changement d'orientation de la contrainte qui agit sur la forme de la psychopathologie (comme, par exemple historiquement, pour les manifestations de l'hystérie). Dans un contexte donné, les sollicitations que l'on rencontre communément conduisent à une norme texturale, une façon d'être ensemble et de se soutenir dans la construction d'une réalité face aux épreuves du réel. Mais

231. La même structuration pourrait être obtenue, en terme de taille et de désorientation des cellules, avec des parois plus fines, totalisant moins d'énergie surfacique, qui contiendrait uniquement les dislocations géométriquement nécessaires à cette configuration cellulaire.

la possibilité demeure d'écarts à la norme, en particulier pour des sujets présentant « au départ » une vulnérabilité particulière (ou soumis à des contraintes fortes et réputées destructurantes), situations dans lesquelles on peut alors observer des phénomènes de rupture ou de morcellement : le sens « déraillé », des fragments de réalité se construisent sans s'articuler. La notion de texture sous-entend que la structuration forme un agencement de parties pour lequel il subsiste un mode d'articulation au réel qui ne soit pas morcelant, pourvu que la contrainte (contextuelle) ait une orientation adéquate.

Cette notion de texture peut évoquer ce que plusieurs psychanalystes ont proposé, dans le sillage de Mélanie Klein et de sa conception théorique des positions schizoparanoïde et dépressive, en terme de « parties saines »²³² ou de « parties non-psychotiques »²³³ de la personnalité, tel que l'évoque Wilfred Bion par exemple :

« Comme le contact avec la réalité n'est jamais totalement perdu, les phénomènes que nous avons coutume d'associer aux névroses ne sont jamais absents [. . .]. C'est le fait que le moi garde un contact avec la réalité qui explique l'existence d'une personnalité non psychotique, à côté de la personnalité psychotique, mais cachée par celle-ci. »²³⁴

Mais il ne s'agit pas de pré-supposer les modes de contraintes qui révéleront les « parties saines », adaptées, en fonction de notre culture. Ce type de pensée présente un risque, comme le souligne François Tosquelles, car « l'inconvénient est que cela mène tout droit à une certaine pédagogie de cette partie saine, ou à son renforcement »²³⁵. Il s'agit au contraire de considérer que ces parties sont celles qui ont un rapport d'orientation précis avec la sollicitation, en fonction de la texture de la personne. Plutôt que de parler de parties saines, la texture psychique se rapprocherait plutôt d'une « polytopie » des structures²³⁶, où l'espace psychique d'un individu, polystructuré, révèle l'articulation de ses différentes facettes dans un certain rapport au monde, et notamment dans un certain rapport transférentiel. Ou encore, la plasticité par structuration se rapprocherait d'une malléabilité de la structure qui peut se révéler dans un « travail » que produit l'appareil psychique et dont le résultat dépend de l'économie narcissique du sujet²³⁷.

232. ROSENFELD, HERBERT, « A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts : an investigation into the aggressive aspects of narcissism », *International Journal of Psychoanalysis*, 52 1971, Nr. 2.

233. BION, W.R., « Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques (1957) », In *Réflexion faite*, Presses Universitaires de France, 1983.

234. *Ibid.*, p. 55.

235. TOSQUELLES, F., *L'enseignement de la folie (1992)*, Dunod, 2014, p. 45.

236. KRISTEVA, JULIA, « Par-delà la structure : une renaissance de l'espace psychique », *L'Évolution psychiatrique*, 65 2000, Nr. 3.

237. KAPSAMBELIS, VASSILIS, « L'opposition entre « structure » et « travail psychique » en psychopathologie », *L'Évolution psychiatrique*, 65 2000, Nr. 3.

C'est le contexte, c'est-à-dire les contraintes du milieu, qui donne sens aux parties ductiles ou dures en fonction de leur rapport d'orientation. C'est donc en travaillant le contexte en fonction de la texture qu'une actualisation texturale peut se produire, au sens d'un allègement de la souffrance morcelante. Les lieux de soin et de vie, qui s'inspirent de l'approche de la psychothérapie institutionnelle par exemple, s'efforcent de maintenir une métastabilité dans leur structuration. Dans ces lieux, une hétérogénéité des sollicitations est entretenue, au travers d'une circulation fluide (de la parole, des personnes, des objets d'investissements) et de la possibilité de créer une multiplicité de « praticables », comme autant de scènes aux ambiances distinctes où peuvent se jouer un scénario singulier. Une articulation du sujet à des objets choisis qui comptent pour lui et la possibilité de s'y investir concrètement dans un lieu, peuvent non seulement révéler des potentialités cachées au sein de la texture, mais aussi initier une actualisation de la structuration du sujet.

. ~ .

Dans le chapitre suivant, nous reprenons les points saillants de cette métaphore en développant les éléments fondamentaux à la transformation texturale par recristallisation : l'existence d'une structuration interne, un état de métastabilité et la présence d'une perturbation. La signification pour le sujet de l'acquisition d'une métastabilité y sera particulièrement développée. Nous introduirons également l'idée d'une « plasticité institutionnelle » nécessaire pour soutenir l'inscription du sujet dans une nouvelle position texturale.

. ~ .

Chapitre 4

Conditions structurelles de possibilité de la plasticité

Dans la première partie de ce chapitre (paragraphe 4.1) les différences entre les mécanismes de plasticité cristalline et les transformations psychiques sont abordées ainsi que leurs similitudes, qui sont à trouver dans les modes opératoires, en terme de structuration, de métastabilité et de déclencheur. En examinant davantage ces modes opératoires nous expliciterons alors ce qui distingue les phénomènes cristallins des réactions humaines dans le rapport qu'ils entretiennent avec les sollicitations du monde réel (4.2). La troisième partie (4.3) est un résumé des points saillants de la métaphore de la plasticité, qui éclaire les mécanismes de transformations subjectives ainsi que les conditions de possibilité d'une telle transformation. Elle introduit la notion de « plasticité institutionnelle ». La dernière partie (4.4) est une introduction aux deux chapitres suivants qui donnent deux exemples contrastés de ce que peut être la « plasticité institutionnelle » comme une qualité de l'institution à même de promouvoir cette transformation subjective.

4.1 Mécanismes de la plasticité et transformation psychique

La question est maintenant de savoir si les mécanismes de changement qui viennent d'être exposés dans un système matériel apportent un éclairage pertinent sur les transformations qui s'opèrent dans le psychisme. Les objets à considérer, un cristal et un humain, d'abord en tant qu'organisme puis en tant que sujet parlant, sont incomparables. On a ici réduit à l'extrême la mécanique du changement en considérant celle d'un système, qui – s'il n'est pas totalement immuable – ne fait même pas partie de l'ordre du vivant.

4.1.1 Le cristal, le vivant, le sujet parlant

Structure active et passive - régulation et évolution

Contrairement au phénomène d'homéostasie caractéristique du vivant, le cristal ne régule pas ses paramètres internes : il est inerte, au sens où « il ne peut changer par soi-même l'état de repos ou de mouvement dans lequel il se trouve »²³⁸. Le cristal ne peut que subir passivement la contrainte, et ses paramètres (comme la densité de dislocations ou l'énergie interne) varient *en conséquence* (*i.e.* de manière déterminée, même si non linéaire et non prévisible). Dire que le cristal ne connaît pas l'homéostasie signifie que, contrairement au vivant, ses paramètres, s'ils varient, ne varient pas dans le sens d'une régulation qui lui permettrait de subir une contrainte plus faible.

Le cristal n'est pas davantage capable de faire évoluer ses modes de réponse à l'environnement : non seulement il ne régule pas ses paramètres, mais il ne peut pas changer non plus son "algorithme", c'est-à-dire les lois qui régissent le fonctionnement de son système. Les lois de la plasticité cristalline ne se sont pas modifiées au cours du temps. Il n'est pas question d'*évolution* pour le cristal contrairement au vivant.

Intentionnalité et lois de la nature

Déjà loin du vivant, la distance entre la plasticité cristalline et celle d'un sujet parlant paraît encore plus grande. Le cristal n'anticipe pas et il ne « choisit » pas. La modulation observée dans la plasticité des matériaux n'est qu'un mode de réponse systématique à une sollicitation mécanique externe. Il n'y a aucune intentionnalité des atomes dans leurs déplacements : le mouvement s'effectue dans un sens ou un autre, selon les lois de la nature (comme celle qui engendre une diminution d'énergie interne ou une augmentation de l'entropie). Le fait que l'énergie interne augmente, jusqu'à atteindre un état métastable, n'est que la conséquence de la contrainte qu'il subit, et ne correspond pas à une "recherche" d'un mécanisme particulier (comme ce serait le cas pour le « masochisme gardien de la vie » proposé par Rosenberg²³⁹ ou la « pulsion anarchiste » que décrit Nathalie Zaltzman²⁴⁰).

Réel et sur-détermination de la réalité

Le cristal n'imagine pas. La transformation qui est déclenchée par la rencontre avec le monde externe se fait sans modulation, dans le registre du réel, sans qu'il soit question de perception et d'interprétation au travers de la construction d'une réalité fantasmatique. La "perception" de la contrainte par le cristal

238. Dictionnaire *Trésor de la langue française* informatisé, Atilf-CNRS.

239. ROSENBERG, *op. cit.* (cf. n° 30).

240. ZALTZMAN, NATHALIE, « La pulsion anarchiste (1979) », In *Psyché anarchiste, débattre avec Nathalie Zaltzman*, Presses Universitaires de France, 2011.

n'est pas le résultat de déterminations inconscientes : elle varie – dans le sens où la contrainte "perçue" par le cristal n'est pas la contrainte appliquée – mais cette variation ne dépend que de sa position angulaire face à la contrainte. C'est donc sur un plan métaphorique que l'on peut parler de « rapport au monde » en distinguant contrainte réelle et contrainte effective. Cette dernière – celle que "perçoit" le cristal – est parfaitement déterminée et ne dépend pas d'un faisceau de déterminations comme c'est le cas pour la construction de la réalité pour un sujet parlant. La différence principale en est que dans l'approche matériel, la plasticité, si elle change la texture, l'orientation, n'entraîne pas une re-signification du monde externe pour autant.

Cette déformabilité semble donc loin d'une plasticité humaine, que l'on pressent plus complexe, résultant d'une co-construction avec son environnement. Les objets étant indiscutablement différents, c'est davantage sur le mode opératoire des transformations que des ressemblances peuvent être cherchées et que la métaphore de la plasticité peut être éclairante. La question serait donc de cerner dans quelle mesure les schémas que l'on peut déduire de la plasticité cristalline nous permettent de penser les conditions de possibilité du changement dans le fonctionnement d'une structure psychique.

4.1.2 Approche par les modes opératoires

Ce qui subsisterait de la réduction du vivant au cristal serait l'existence d'un « mécanisme minimal » qui peut rendre compte des changements internes dans une structure donnée. Ce mécanisme est celui de l'origine et du développement d'une nouveauté. Il se produit par la déstabilisation d'un état métastable, lorsqu'une perturbation agite un système sous tension. La proposition originale à ce travail est que la « nouveauté » qui se développe et relaxe le système est une entité pré-existante dans ce système. Cette entité – qui ne se repère qu'après-coup – résulte d'une structuration particulière des traces qu'ont laissées les interactions du système avec le milieu extérieur. Le potentiel de la transformation est donc conditionné par trois éléments : l'existence d'une structuration interne, un état de métastabilité, et la présence d'une perturbation.

Nécessité d'un vide structurant

La présence de lacunes ou de dislocations dans le réseau cristallin est ce qui rend les mouvements internes possibles. Ces défauts se propagent dans la structure parfaite et la plasticité s'articule autour de ces vides et coupures. De leur circulation selon les lois de la plasticité, et de leur organisation en une configuration d'énergie minimale, résulte une structuration, dont on a vu qu'elle était unique pour un polycristal. C'est donc un écart à l'ordre parfait dans la structure cristalline, en tant qu'il permet un jeu dans la position des atomes, qui est

à l'origine de la structuration par plasticité.

Cette métaphore du vide, et du jeu qu'il permet, a déjà été proposée dans l'approche psychanalytique. L'entrée dans le langage implique une perte, qui laisse une place vide, et autour de laquelle se fait la construction psychique du sujet. Cette entrée dans le monde symbolique est aussi une coupure et une distorsion, entre le langage et les choses, entre les mots et ce que le sujet veut qu'ils désignent. La structuration du sujet face au monde réel se fait alors selon une chaîne signifiante dont le point d'arrimage lui échappe, mais qui a à voir avec cette place vide. L'illusion de la combler par un objet que l'on croit retrouver fait fonctionner le désir, celui-ci devenant organisateur pour le sujet, au travers du fantasme.

Dans ces deux univers de référence, il me semble qu'on peut interpréter ce vide comme un jeu nécessaire à une structure pour devenir fonctionnelle. Grâce à cette lacune, une plasticité devient possible : celle qui consiste en la structuration d'un cristal face à une contrainte, ou celle qui permet à un sujet de se construire face au monde réel à travers une articulation à un objet perdu. Le sens que cela aurait pour une institution est celui d'un degré de liberté qui permet son auto-production. Nous verrons dans le chapitre 5 qu'une plasticité institutionnelle peut être observée si un vide est maintenu, si toutes les places ne sont pas occupées. Nous verrons, en contre-exemple, dans le chapitre 6 comment ce vide (inévitables dans la réalité) est interprété non comme un degré de liberté mais comme un manque de contrôle, et devient la source d'une rigidification de l'institution au travers d'une gestion visant à l'obturer.

Nécessité de maintenir un état métastable

Accéder à un nouvel état de stabilité – à une position nouvelle dans l'espace des phases possibles d'un système – nécessite la déstabilisation de l'état antérieur. Nous avons introduit au chapitre 1 la notion de « métastabilité » (cf. fig. 1.1, p.10). Cette position correspond à un état stable, mais avec un niveau d'énergie interne élevé. Le fait que ce soit un état stable signifie que, si rien ne vient perturber le système, aucune transformation spontanée n'est observée (au contraire d'un « équilibre instable » où une *infime* perturbation entraînerait une évolution). Le système ne peut être déstabilisé qu'à partir d'un certain *seuil* de perturbation. Plus le système est métastable (haut niveau d'énergie interne) et plus il est facile de le déstabiliser : l'énergie d'activation, que l'on doit apporter de l'extérieur pour que le système devienne instable et qu'une transformation soit observée, est moins élevée.

Si l'on considère la dimension économique de l'appareil psychique selon Freud, c'est un état de « tension interne » qui caractérise un niveau d'énergie psy-

chique, que le sujet s'efforce de minimiser (ou d'augmenter, mais dans le but de la décharge). Avec cette conception d'une énergie psychique qui circule, on peut définir plusieurs qualités parmi les états d'équilibre du psychisme. L'état d'équilibre métastable correspondrait alors à un état supportable pour le sujet, mais caractérisé par de fortes tensions internes.

A partir d'un état métastable, deux mécanismes ayant pour effet une diminution de l'énergie interne sont possibles. Le premier, la *restauration*, diminue la densité de dislocations, mais il ne change ni la structuration, ni la texture. Le second, la *recristallisation*, modifie la structuration et la texture en remplaçant les régions fragmentées par de « nouveaux » cristaux qui ont germé et cru. Nous avons vu que ce second mécanisme ne pouvait se produire que si le premier était actif, mais *a minima*. Ces deux mécanismes et leurs effets sont illustrés par la Figure 4.1.

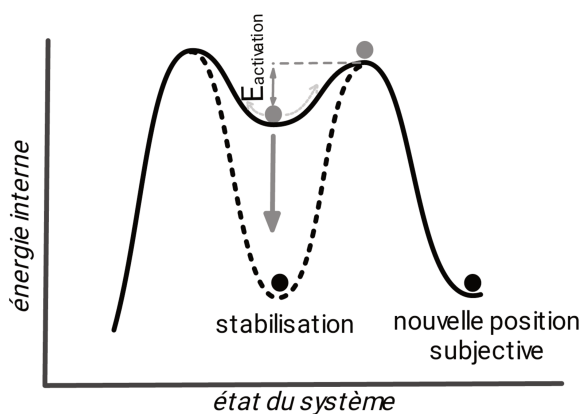


FIGURE 4.1 – Schéma illustrant le passage d'une position métastable à une position de moindre énergie, via la *restauration* (stabilisation) ou la *recristallisation* (nouvelle position subjective).

Le phénomène de *restauration*, s'il est mené à son terme, diminue l'énergie interne du cristal, mais modifie très peu son degré de désordre. La conséquence en est que le système est moins métastable, voire qu'il est *stabilisé* dans sa position actuelle, dans la mesure où l'énergie d'activation pour le déstabiliser est maintenant devenue très élevée. La *recristallisation*, qui aboutit à l'envahissement de l'espace par des cristaux « neufs » – sans fragmentation et presque sans dislocation – permet de retrouver au sein de chaque cristal l'ordre caractéristique de la structure cristalline. En l'absence de défauts, l'énergie interne est très basse, comme dans le phénomène précédent. Mais le degré de désordre est ici fortement modifié. L'ordre cristallin qui est « retrouvé » à l'échelle du polycristal, est *un* ordre qui est nouveau : les orientations des cristaux sont différentes de celles que l'on avait dans la structure ordonnée précédant la déformation. Autrement

dit, la texture, le « rapport au monde », a changé.

Envisageons maintenant ces deux mécanismes pour la régulation de la psyché. Le premier correspondrait à une médication qui permet de réduire l'état de tension. Il s'agit alors d'une *stabilisation*, analogue à la restauration, c'est-à-dire qui diminue les tensions internes (l'énergie), mais qui ne change pas la position (la phase) de cet état. Le désordre reste plus ou moins le même, mais l'état est mieux vécu car les tensions internes sont chimiquement relaxées. Le second phénomène, au contraire, « profite » de cet état métastable (donc haut en énergie) pour franchir un col énergétique (qui devient alors accessible) et accéder à une nouvelle position stable. Cette transformation nécessite pour la personne de supporter son état de tension actuel, et même plus, puisqu'il faut également supporter les perturbations nécessaires à la déstabilisation de l'état métastable (franchissement du col énergétique). Elle permet, en revanche, d'accéder à un point d'instabilité à partir duquel une transformation vers un état stable de moindre énergie et d'ordre plus élevé est possible : une nouvelle position subjective, un nouveau rapport au monde.

Nécessité d'une perturbation pour déclencher la transformation

Le principe qui vient d'être décrit est également celui de l'analyse au sens de la décomposition d'un complexe chimique en ses différents éléments, ceux-ci se recombinaient ensuite selon une autre solution moléculaire. Freud a d'ailleurs choisi pour sa technique le terme d'*analyse* dans cet esprit : décomposer le symptôme ou les manifestations pathologiques selon leurs motifs inconscients élémentaires. Mais la décomposition chimique n'est pas spontanée, elle nécessite une déstabilisation du système considéré. Le chimiste la produit en perturbant le système, comme en élevant la température ou la pression, l'objectif étant d'augmenter le désordre au sein du système jusqu'à briser les liaisons initiales. De même en psychanalyse, la technique des associations libres permet d'introduire une agitation, un désordre duquel pourra surgir une nouvelle composition.

Cette augmentation du désordre correspond, dans la Figure 4.1, au seuil d'activation qu'il faut franchir pour que le système devienne instable et donc apte à se transformer selon une nouvelle phase. Cela signifierait donc que l'accès à une nouvelle position stable – depuis un état déjà métastable – s'obtienne par l'agitation... Quelle serait la forme d'une institution capable de provoquer et d'accueillir ces phénomènes? Cette solution nécessite en effet, à la fois de favoriser les perturbations (exactement l'inverse de la stabilisation) et d'être capable de supporter les effets qu'elle induit pour la personne ("supporter", au sens de prendre "en charge", c'est-à-dire, et nous l'expliciterons, être capable de plasticité).

Il existe, cependant, plusieurs incertitudes sur le fait que la transformation puisse se produire. Tout d'abord, dans le phénomène de recristallisation, s'il n'y a pas de structuration sous-jacente – qui puisse faire que des fragments de cristal jouent le rôle de germes – la transformation n'aura pas lieu. Augmenter l'intensité du flux thermique ne produira rien d'autre que la fusion de la matière. Pour un sujet humain un tel degré de désordre risquerait de conduire à une décompensation. Réduire cette incertitude, qui porte sur la connaissance du degré de structuration interne du sujet, signifie prendre le temps de connaître le paysage existentiel de la personne : cerner ce qui compte pour elle et les lieux où elle puisse articuler un fantasme qui constituent ses positions de stabilité. Il importe ensuite de trouver un juste milieu entre perturbations et chaos, en veillant aux effets produits par la thérapie. Une autre source d'incertitude réside dans l'habileté du sujet aux "mouvements" psychiques. La métaphore de la germination-croissance implique le déplacement d'une frontière qui s'exprime comme le produit de sa mobilité avec la force motrice qui la contraint à bouger. Or nous avons vu au paragraphe 3.2.2 du chapitre précédent que cette frontière est relativement peu mobile, dans l'état de métastabilité qui conditionne la transformation : un minimum de restauration est donc « nécessaire », mais elle ne doit pas être « superflue » car elle épuiserait la force motrice. Cela rejoint ce que Freud évoque dans *La technique analytique*²⁴¹, en terme d'alliage entre l'or (de la psychanalyse) et le cuivre (d'autres techniques comme la suggestion) pour des sujets dans un état d'incapacité de mobilité psychique. Cela peut être interprété comme une façon de redonner une habileté aux mouvements psychiques. Mais les techniques "cuivrées" qui tendraient à diminuer l'intensité des symptômes ne doivent pas être utilisées exagérément, car la force motrice au rétablissement s'épuiseraient. Freud évoque ainsi dans ce même article l'importance du « principe de privation » (d'une efficacité prématurée de la thérapie) qui consiste à conserver un état de tension interne chez le patient.

Nous avons évoqué la nécessité de maintenir un état de métastabilité pour qu'une transformation puisse avoir lieu. La partie suivante vise à expliciter les différences que présentent les objets incomparables de ces deux univers de référence, dans la façon par laquelle ils accumulent cette énergie. On distinguera alors ce qui, de la charge extérieure, se constitue en contrainte pour le système et le conduit à une réaction qui est la source de ces tensions internes.

241. FREUD, *La technique psychanalytique*, PUF 2010, *op. cit.* (cf. n° 35).

4.2 Charge réelle et réalité de la contrainte

En psychologie, il est commun de parler de *stress* (dans le sens anglais d'une *contrainte*, et souvent assimilé à une pression) et moins de *strain* (au sens anglais de *déformation*, le résultat de cette contrainte). Ce qui lie les deux en sciences des matériaux s'appelle la *loi de comportement*.

Dans les paragraphes qui suivent, nous tentons de mieux définir le rapport entretenu par l'objet, entre la charge réelle à laquelle il est soumis, la contrainte qu'il perçoit (*stress*), et les automatismes (inconscients) ou stratégies (conscientes) qu'il met en oeuvre pour répondre à cette contrainte avec plasticité (*strain*).

4.2.1 De la charge à la contrainte perçue (*stress*)

La notion de « stress » est emprunté à l'univers de la technique et de la science des matériaux. L'usage du mot dans sa connotation négative actuelle est récent²⁴². Le mot *stress* a pris son importance au 17^e siècle, lorsque le physicien anglais Robert Hooke a proposé une loi de comportement en *élasticité* (le domaine des transformations réversibles). Hooke cherchait à estimer la résistance à la déformation des structures construites par l'homme – comme les bâtis, les ponts – aux charges extrêmes qu'ils pouvaient supporter, comme les vents ou les tremblements de terre. Il a découvert une relation entre la charge qui s'appliquait sur une structure et sa déformation. Mais cette relation n'est pas directe. Elle dépend de la « contrainte » que la charge induit sur la structure. La distinction entre la charge et la contrainte est ici très importante. La charge – ou encore la "force", la "solicitation", en anglais « *load* », et notée F – engendre sur la structure une contrainte – en anglais « *stress* » et notée σ – qui dépend de la surface – notée S – sur laquelle elle s'exerce. On peut le comprendre en imaginant un meuble lourd suspendu à une corde lors d'un déménagement : la "force" exercée par le meuble sur la corde ne varie pas, elle dépend de son poids et elle est toujours dirigée vers bas. En revanche, la "contrainte" induite par cette force sur la corde dépend de son diamètre, de sa section S : si la corde est fine, il y a un risque de déformation, voire de rupture... La même charge F n'a donc pas les mêmes conséquences, selon qu'elle s'applique sur une petite ou une grande surface, la contrainte résultante σ étant plus faible dans ce dernier cas. Hooke en déduit qu'il faut distinguer la contrainte de la force, et le formule par $\sigma = F/S$.

Le mot *stress* a été introduit dans le langage de la médecine en 1936 par Hans Selye, médecin endocrinologue d'origine hongroise. Le *stress* veut alors désigner *l'effet* produit par un événement ou une contrainte. La notion connaît vite un vif

²⁴². COOPER, CARY L et DEWE, PHILIP J, *Stress : A brief history*, Blackwell Publishing, 2004.

succès dans le monde médical, mais une certaine confusion s'installe cependant entre ce qui est de l'ordre de la cause et de la conséquence du *stress*. Pour y remédier, Selye propose, dans les années 50, d'utiliser le mot « *stressor* » (traduit en français par *stresseur*) pour distinguer l'agent (externe ou interne) de la contrainte, du *stress*, qui est la réaction qu'il induit, dans le sens où « *stress is not what happens to you, but how you react to it* »²⁴³.

Selon Richard Lazarus – connu pour son élaboration du concept de *coping*, qui peut se traduire par « faire face » ou « stratégie d'ajustement » – l'idée qui subsiste actuellement dans l'usage du mot *stress* est celle « d'une charge externe ou d'une demande, sur un système biologique, social ou psychologique »²⁴⁴. Il en déduit qu'il y a toujours :

1. une cause externe ou un agent interne, que Hooke appelle charge (*load*) et d'autres *stress* ou *stressor* ;
2. une évaluation (par l'esprit ou un système physiologique) qui permet de distinguer ce qui est nocif ou menaçant de ce qui est bénin ;
3. un mécanisme de *coping* (de l'esprit ou du corps) pour accommoder cette demande stressante ;
4. un ensemble d'effets sur l'esprit et le corps souvent appelé *stress reaction*.

Je propose de revenir à l'origine de la métaphore et de considérer les points précédents comme :

1. « *load* », la charge, la force de pression, la sollicitation réelle ;
2. « *stress* », la contrainte, en tant qu'effet de la charge sur le système, qui dépend de son rapport au monde ;
4. « *strain* », la déformation, en tant qu'effet de la contrainte sur le système.

Le point 3. proposé par Lazarus est une stratégie d'ajustement spécifique au vivant que l'on ne retrouve pas dans la passivité d'un cristal. En tant que tel, il peut s'appeler « *coping* », mais il ne doit pas être confondu avec le *stress* – la « contrainte perçue » en tant qu'elle est distincte de la charge – qui existe pour tous les systèmes. Dans la littérature utilisant le concept de *coping*, cette distinction est loin d'être faite clairement. Les analyses portent sur les "stratégies d'ajustement" (*coping*) aux "stresseurs" (*load*), via la mesure des "réactions au stress" (les effets, le *strain*). Il est reconnu qu'il existe une « contrainte perçue » (*stress*), mais celle-ci est mesurée à partir des "réactions au stress" (qu'il faut comprendre ici comme réaction au *load*, au stresseur). Le *stress* – cet élément lié à la singularité du système et de nature tout à fait mécanique – se retrouve alors de fait intégré dans les stratégies d'ajustement.

243. Cité par SZABO, SANDOR, TACHE, YVETTE et SOMOGYI, ARPAD, « The legacy of Hans Selye and the origins of stress research : a retrospective 75 years after his landmark brief "letter" to the editor of *Nature* », *Stress*, 15 2012, Nr. 5.

244. LAZARUS, RICHARD S, « From psychological stress to the emotions : A history of changing outlooks », *Annual review of psychology*, 44 1993, Nr. 1.

L'intérêt de reprendre la métaphore issue du domaine de la physique est donc ici de ré-introduire un vocabulaire qui permet de distinguer les éléments de la chaîne de causalité entre une sollicitation et les effets qu'elle engendre. Elle permet de mieux discerner ce qui est de l'ordre de l'évaluation du stress de ce qui est de l'ordre de l'ajustement au stress perçu.

4.2.2 L'effet de la contrainte perçue (*strain*)

Le mot *stress*, proposé pour désigner l'effet d'un *stresseur*, aurait été, selon Hans Selye lui-même, mal choisi. Il aurait dit quelques années plus tard à l'un de ses collaborateurs – et trop tard par rapport au succès de la notion – que si son niveau d'anglais avait été meilleur dans sa jeunesse, il lui aurait préféré le terme « *strain* »²⁴⁵ (en français : *déformation*). Utiliser le terme *strain* permet, en effet, de distinguer clairement la contrainte de son effet. Cela permet d'approcher plus facilement la variété des réponses individuelles à un stress. Cette question de vocabulaire est rarement discutée dans la littérature anglo-saxonne, sinon pour dénoncer la confusion entre ce que ces termes recouvrent pour différents auteurs²⁴⁶. La plupart du temps, le vocable de Selye est conservé : un *stressor* engendre un *stress*, des variables cognitives et émotionnelles modulant le « stress perçu »²⁴⁷.

Le mot *strain* est cependant parfois utilisé en psychologie pour décrire les effets du stress. C'est le cas, par exemple, pour la notion très médiatisée de *job-strain*, introduite par le sociologue Karasek dans son questionnaire d'évaluation des risques psychosociaux et qui désigne l'état de tension résultant d'une demande psychologique élevée et une latitude décisionnelle faible. Le terme reste majoritairement non traduit en français, mais il apparaît parfois traduit par « stress au travail », ou plus justement par « état de tension au travail »²⁴⁸.

La traduction de *strain*, comme une « tension », me paraît la plus adéquate. Certes, en mécanique, la notion de « tension » fait encore référence à une contrainte... Mais cette fois-ci, elle peut se comprendre comme une contrainte *interne*. C'est-à-dire comme le champ de contraintes induit par la déformation (*strain*), tel que la plasticité l'envisage lorsque des dislocations s'accumulent dans la structure : un ensemble de traces plus ou moins enchevêtrées ou struc-

245. BENGT B. ARNETZ (EDITOR), ROLF EKMAN (EDITOR), *Stress in Health and Disease*, Wiley-Blackwell, 2006, p. 27.

246. Voir notamment SCOTT, P et CHARTERIS, J, « Stress; strain – what's in a name? » *Ergonomics SA*, 15 2003 et THATCHER, ANDREW et MILNER, KAREN, « Stressor - (stress) - strain : expanding on a name. » *Ergonomics SA*, 13 01 2003.

247. Paradoxalement, dans la littérature anglo-saxonne, il est question de *perceived stress* et pas de *perceived stressor*, ce qui brouille encore plus les pistes.

248. Voir par exemple LABERON, SONIA, BAROU, DIANA et RIPON, ALBERT, « Risques psychosociaux au sein de l'institution militaire : l'effet médiateur du style de management perçu », *Le travail humain*, 79 2016, Nr. 4; ou encore : DARES, « Les facteurs psychosociaux au travail - Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », 2008, Nr. 22.1.

turées, qui ont un effet sur la loi de comportement (en augmentant l'énergie bloquée dans le système, en rendant le système davantage métastable). La métaphore à l'origine de la notion de stress devient alors plus pertinente et on peut l'exprimer comme : une sollicitation (*load*), perçue comme une contrainte (*stress*), et source de tensions (*strain*).

Le premier terme est un agent externe, le second dépend de la relation du système à son environnement, et peut être considéré comme une cause du troisième terme, l'effet qu'il produit. La même charge ne produira aucune contrainte pour une structure tandis qu'elle en produira pour d'autres (en fonction par exemple de la section S de la corde qui supporte la charge F). Les déformations qui en résultent seront donc différentes. Nous avons vu que dans le cas du cristal, cette différence d'effets est déterminée par le rapport d'orientation entre le cristal et la sollicitation, soit, pour le polycristal, par la texture²⁴⁹.

4.2.3 Les stratégies face à la contrainte perçue (*coping*)

La notion de « coping », que Lazarus²⁵⁰ introduit en 1966, intervient dans le fait que la relation entre le *stress* et le *strain* peut être modulée. Dans les cristaux, la tension interne, qui résulte d'une contrainte, dépend de l'arrangement des dislocations qui se structurent dans des configurations de moindre énergie (en murs et en cellules). C'est une modulation qui existe donc, mais qui est strictement mécanique : elle est prévisible. Les personnes ou les organisations humaines peuvent au contraire réagir en élaborant des stratégies d'ajustement variées, que Lazarus appelle *coping*, et dont nous allons progressivement nous éloigner. Ces « stratégies » ont également pour conséquence de minimiser la tension interne.

À l'origine, la notion de *coping* qui émerge dans les années 60 englobe à la fois les mécanismes de défense inconscients, telle que la psychanalyse les envisage, et des stratégies conscientes d'ajustement au stress. À partir des années 70, la notion a davantage désigné les stratégies "adaptées" à la minimisation des effets de la contrainte. Et dans les années 80, elle se distingue des mécanismes de défenses, en désignant spécifiquement les stratégies *conscientes* d'ajustement face au stress et visant à en minimiser les effets. Les chercheurs ont alors travaillé sur le classement de ces stratégies et tenté d'en repérer les déterminants intrinsèques à la personne dans ce qui définit ses attitudes (et ses composantes comportementales, cognitives ou émotionnelles). Là où nous nous éloignons de Lazarus, c'est que dans notre approche, ces déterminants font partie de la « texture »,

249. Dire que le rapport d'orientation entre le cristal et la force est déterminant dans la valeur de la contrainte, revient à dire que la *surface* exposée à la charge varie en fonction de ce rapport. Que ce soit en élasticité ou en plasticité, on a toujours $\sigma = F/S$. Mais la plasticité opérant selon des plans de glissement en nombre restreint dans la structure, leur inclinaison α par rapport à la sollicitation modifie la surface exposée à la charge en $S \div \cos(\alpha)$. Pour une même force, la contrainte varie donc en fonction de l'orientation du cristal.

250. LAZARUS, RICHARD S, « Psychological stress and the coping process », 1966.

soit, de facteurs dépendant de l'histoire et de ses traces. Ils agissent comme des « pré-dispositions », en amont, sur l'intensité avec laquelle la *sollicitation* est perçue en tant que contrainte effective. Ils sont quasiment mécaniques, ou tout du moins inconscients. La sollicitation est donc singulièrement perçue comme une contrainte.

Ensuite vient encore un effet « mécanique » qui est celui de la *contrainte seuil* à partir de laquelle le système entre en plasticité (domaine des traces irréversibles). Dans les matériaux, la contrainte délimitant le domaine d'élasticité du domaine de plasticité dépend de leur nature (la *limite d'élasticité* de l'aluminium est plus faible que celle du fer par exemple). Une même contrainte effective peut donc placer le système dans son domaine plasticité ou pas, selon qu'elle dépasse ou non cette contrainte seuil. Si la contrainte effective laisse le système dans le domaine d'élasticité, il ne subsiste aucune trace résiduelle de la charge quand celle-ci cesse. L'effet de « réaction au stress » est faible dans la mesure où celui-ci est tolérable sans nécessiter de mouvements irréversibles²⁵¹.

Plaçons-nous dans le cas où la contrainte effective déborde les capacités d'élasticité et oblige le système à réagir. C'est à ce moment qu'il peut y avoir une variation de l'effet de la contrainte au travers de stratégies d'ajustement conscientes (*coping*) qui ont pour but de minimiser la tension interne. Mais le mécanisme par lequel ces stratégies opèrent est différent de celui qui relie la sollicitation à la contrainte effective. A priori, il n'y a pas de raison pour qu'elles dépendent des déterminants texturaux de manière automatique, puisque ce sont des stratégies conscientes. En tant qu'elles sont conscientes, elles sont moins prévisibles et le modèle « mécanique » du cristal ne convient plus. Il est probable que des déterminants texturaux interviennent dans le choix conscient de ces stratégies, mais pas de manière exclusive. Encore plus probablement ce choix résulte-t-il de rencontres ou d'élaborations intersubjectives, qui entraînent des bifurcations soudaines dans l'attitude face à la contrainte.

Considérons l'exemple concret du rétablissement et de l'effet qu'il peut produire sur les institutions de soins. Pour la France, on peut considérer qu'en tant qu'il est nouveau, ce discours est une charge (*load*), une sollicitation, qui invite les institutions à réagir, dans la mesure où une partie du budget de la santé pourrait être dirigée vers des actions ad hoc. En fonction de la « texture » des différentes institutions, de leur rapport au monde, cette charge agira comme une contrainte (*stress*) différente selon le sens qu'elles lui accordent²⁵². Pour une institution qui s'estime déjà orientée selon cette approche, la contrainte perçue peut être faible et elle continuera à travailler selon la même orientation. L'effet en terme

251. Je n'aborderai pas ici les phénomènes de « fatigue » des matériaux qui induisent des effets de plasticité irréversibles, voire de rupture, alors même lorsque la contrainte est inférieure à la contrainte seuil, mais pourvu qu'elle soit répétée suffisamment longtemps.

252. Selye propose d'ailleurs les concepts d'*eustress* et de *distress* pour distinguer le « bon stress » du « mauvais stress » et désenclaver le concept de sa connotation négative.

de tensions internes sera faible. Il en serait de même pour une institution qui n'est pas orientée selon cette approche, si elle ne prête pas attention à ce discours. Mais si au contraire, elle s'estime éloignée de cette approche et interprète ce discours comme une injonction, cette sollicitation peut être ressentie comme contraignante. Pour une même charge, la contrainte effective dépend ainsi du rapport d'orientation entre le lieu et la sollicitation. C'est un effet de « texture ». Mais l'effet que cela aura sur l'institution (en terme de *strain*) n'est pas directement lié à cette contrainte effective.

C'est à cet endroit que devrait intervenir la notion spécifique dite de *coping* (« faire face »), qui donnera lieu à la variété des réponses à la contrainte, c'est-à-dire au choix des stratégies de réaction. Si la contrainte effective dépasse un certain seuil, l'institution peut choisir de ré-orienter totalement des pratiques, ou à l'autre extrême, de supporter la contrainte sans rien changer, ou encore, de ré-interpréter la contrainte, mais cette fois-ci de manière consciente. Cela dépendra des discussions, des échanges qui auront eu lieu au sein de ces institutions, ou des injonctions que les praticiens auront pu recevoir. Il en restera des traces, résultant d'un travail de penser, de remises en questions, d'élaborations nouvelles, en somme, une structuration qui correspond à des tensions internes de niveaux différents pour les différentes institutions.

4.2.4 Une tension interne source de transformation

Pour résumer ce qui vient d'être proposé en d'autres termes, on peut dire qu'il y aurait donc une charge, disons réelle (à laquelle ni le sujet, ni le cristal n'ont accès), une rencontre de ce réel (qui devient alors une réalité dans le meilleur des cas pour le sujet, une contrainte effective pour le cristal), et si le système est plastique et que la limite d'élasticité est dépassée, une tension interne qui en résulte (sous la forme de traces qui modifient sa structuration, au moins pour le cristal). Concernant le cristal, s'il n'est pas plastique, il se brise par clivage. De même, si la rencontre avec le réel (la contrainte) atteint un seuil critique qui excède ses capacités de plasticité, le cristal cède à l'endommagement et la rupture.

Si le système est plastique et que la contrainte n'excède pas ses capacités de plasticité, ces tensions internes sont synonymes d'une énergie bloquée qui peut amener le système dans un état métastable où une transformation peut se produire.

Si l'on accepte l'idée qu'il existe aussi pour les individus un seuil au-delà duquel un événement laisse des traces irréversibles et que celles-ci le place dans un état de tension, alors il est raisonnable de penser que ces rencontres contribuent à augmenter le degré de métastabilité psychique. La tension que la rencontre événementielle provoque serait une demande de mise en ordre, d'ordination de l'événement, de mise en sens, de sorte que la tension soit relaxée et que l'évène-

ment puisse s'inscrire comme rencontre dans un enchaînement qui fait histoire.

4.3 Les points saillants de la métaphore

Nous reprenons ci-dessous les points saillants de la métaphore de la plasticité qui peuvent éclairer les mécanismes de changement pour des individus ou des institutions.

4.3.1 Au niveau singulier

Le rétablissement de la psychose peut être interprété comme un changement de position dans le paysage existentiel du sujet. Ce que nous appelons le paysage existentiel correspond aux attracteurs, aux puits de potentiels, qui dépendent de l'histoire de la personne, même de manière peu visible. Les positions de ce paysage qui sont stabilisées à un moment donné, forment sa texture dans l'actuel, mais celle-ci peut évoluer par dé-stabilisation et re-stabilisation. La nouvelle position existentielle est une façon d'être au monde qui se conçoit comme un nouveau rapport aux choses et aux autres. C'est un sens nouveau qui émerge pour le sujet dans le contexte du monde ordinaire, une nouvelle orientation texturale. En tant qu'elle fait partie du paysage singulier du sujet, cette nouvelle position n'est pas clairement prévisible. Seules les conditions de son émergence peuvent être favorisées.

4.3.2 Au niveau du processus subjectif

Le passage d'un attracteur, comme celui d'une position de patient, à un autre, plus singulier, nécessite le dépassement d'un seuil énergétique. Une *condition* de ce passage est donc l'acquisition et la conservation d'un état métastable, d'un niveau de tensions internes minimal. La *forme* que prendra la transformation dépend ensuite du niveau de structuration de cet état de tension. Cette forme est déterminée par l'existence de germes, définis par l'hétérogénéité qu'ils présentent dans leur contexte. Ces hétérogénéités forment une petite fraction brisant la symétrie de l'état métastable désordonné. La nouvelle position dans l'espace des phases (l'ensemble des positions existentielles accessibles au sujet) est déterminée par la croissance de ces germes au dépens de leur environnement. Cette transformation peut avoir lieu à partir du moment où un *déclencheur* est actif. Le déclencheur de la transformation est un élément perturbateur de l'état métastable : il introduit un ébranlement suffisant pour déstabiliser l'état actuel. Cette transformation peut avoir l'allure d'une catastrophe, au sens où une perturbation continue induit une discontinuité dans le fonctionnement d'un système. Enfin, le changement de position peut être dépendant d'une certaine *mobilité* psychique. Celle-ci s'acquiert au dépens de la force motrice qui le motive : c'est une question d'un juste milieu à trouver « entre l'or et le cuivre ».

4.3.3 Au niveau institutionnel

Une institution « orientée par l'approche du rétablissement », en terme de milieu susceptible de promouvoir cette transformation, est une institution qui favorise l'*inscription* du sujet dans une nouvelle position existentielle qui lui est propre. L'institution doit tout d'abord être en capacité d'*accueillir* un sujet dans un état métastable, sans chercher prioritairement à le stabiliser dans sa position actuelle. Il s'agit ensuite de favoriser une *structuration* de cet état afin que de nouvelles positions singulières de stabilité soient accessibles. La transformation étant favorisée par les rencontres (au sens psychanalytique, proche de la bifurcation des systèmes non-linéaires), le système institutionnel doit favoriser les échanges, les interactions qui peuvent agir comme une surprise sur le sujet métastable. Ce sont des fluctuations qui sont dépendantes du degré d'*ouverture* du lieu, du flux d'informations qui traverse l'institution. L'inscription peut ensuite se réaliser sur le support meuble et plastique de l'institution, et sur laquelle le sujet peut marquer sa place. Autrement dit, l'inscription du sujet dans une nouvelle position modifie l'institution elle-même.

Nous pouvons alors proposer une première définition de la « plasticité institutionnelle » liée au fait qu'un lieu a des effets sur tous ceux qui le fréquentent et que cela a un effet sur le lieu : la plasticité institutionnelle est le fait que l'institution est affectée par les sujets qui la traversent. Les effets subjectifs produisent un effet d'actualisation du contexte, contexte qui est la condition même de leur occurrence. L'institution ne peut alors se penser que comme l'ensemble des sujets qui la constituent. Si elle est ouverte dans une dimension d'accueil, elle est nécessairement prise dans un mouvement permanent.

Le contraire de la plasticité institutionnelle serait une institution qui ne se laisse pas transformer et qui accumule les tensions internes induites par des contraintes externes en se restaurant en permanence pour stabiliser sa position initiale. Les institutions faisant preuve de plasticité institutionnelle varient, non pas en référence à un modèle théorique, mais en fonction des personnes qui les traversent, augmentant ainsi, par la "texture" contingente de leurs différents établissements, la possibilité de circulation des personnes.

Quelle serait la forme d'une institution capable de promouvoir une telle transformation texturale pour un individu ? Nous tentons dans les deux chapitres qui suivent de définir concrètement ce que serait la qualité de « plasticité institutionnelle », à l'aide de deux exemples contrastés. Ce dernier paragraphe est une introduction à la lecture de ces deux chapitres.

4.4 Introduction aux deux chapitres suivants sur la pratique de la plasticité

Les deux institutions qui sont prises en exemple dans les chapitres suivants diffèrent sur de nombreux points, mais ce n'est pas ce qui empêche l'analyse de leur qualité de « plasticité institutionnelle », dans le sens où celle-ci se fonde sur le fonctionnement au quotidien dans ces deux lieux d'accueil.

La première institution (chapitre 5) est un club thérapeutique fondé sur l'approche de la psychothérapie institutionnelle. La seconde (chapitre 6) est une association de parents qui accueille des personnes avec un handicap mental et qui comprend plusieurs établissements (foyers de vie, esat²⁵³,...). Les deux institutions fonctionnent sur le statut associatif, ont été créées toutes les deux au début des années soixante, et bénéficient d'une dotation suffisante à leur fonctionnement normal. Les deux structures répondent de façon satisfaisante à la demande sociale, mais à leur manière (c'est-à-dire en n'ayant pas la même hiérarchie de valeurs, ou en ne mettant pas le même sens derrière les mots, comme liberté, auto-détermination, bientraitance,... qui font partie de leur vocabulaire, ou pas).

L'analyse de leur fonctionnement au quotidien permet d'apporter des éléments de réponses aux questions suivantes : comment soutenir l'irréductibilité du sujet au sein d'une institution ; comment faire en sorte que les solutions institutionnelles aux contraintes auxquelles elle est nécessairement soumise ne conduisent pas à la conformation des individus ? On donnera donc des exemples cliniques de possibilité de transformation institutionnelle grâce aux personnes qui fréquentent ces institutions, ou au contraire de l'impossibilité de transformation en raison de la fixation à une position, à une forme stable, qui évite l'incertitude liée à tout mouvement.

4.4.1 L'institution du chapitre 5

Le club thérapeutique dont il sera question dans ce chapitre est une émanation du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, dont l'histoire sera brièvement rappelée. En ce sens, et à notre époque, on peut dire qu'il se distingue de la majorité des autres structures du champ de la psychiatrie. Sa particularité est d'être une association gérée par les personnes accueillies par le dispositif, soit, les adhérents de l'association. En l'occurrence, en terme de gouvernance, le fonctionnement entre tous, qu'ils soient salariés (psychologues), adhérents ou non-adhérents, est fondé sur la collégialité. Le bureau, nommé au sein du conseil d'administration élu, est constitué d'adhérents. Les structures modernes

253. Etablissement et service d'aide par le travail

desquelles on peut le rapprocher seraient les groupes d'entraide mutuelle. Nous verrons dans le chapitre 5 qu'il s'en distingue cependant, notamment dans le fait que la dimension sanitaire n'est pas évacuée.

Dans ce chapitre, nous décrirons donc la façon dont les personnes *s'approprient* et *inventent* un « lieu ». Comment ceux qui le fréquentent se saisissent de sa trame pour tisser une vie singulière ou comment chacun peut s'y faire une place parmi les autres, tout en respectant la solution subjective qu'il a trouvée pour faire face au réel du monde ordinaire. Nous évoquerons pour cela la pluralité des modalités d'inscription qui sont rendues possibles dans ce lieu ; comment ces traces sont la source d'une tension interne et, quand elles sont structurées, produisent un potentiel de transformation ; comment les choses s'instituent progressivement, en articulant le singulier au collectif, et font que dans un autre établissement, même appuyé sur le même corpus théorique, la structure du lieu serait nécessairement différente, du fait que d'autres personnes, d'autres sujets seraient présents.

4.4.2 L'institution du chapitre 6

L'association d'accueil de personnes avec un handicap mental créée par des « parents d'enfants inadaptés » fait partie du champ médico-social. Elle a un fonctionnement très traditionnel par rapport à d'autres structure de ce champ, que l'on peut qualifier de paternaliste, centré sur la *protection* des personnes accueillies et jugées vulnérables. Son mode de gouvernance est très segmenté et hiérarchisé. L'association n'est pas du tout gérée par les personnes accueillies, mais d'une part, par un conseil d'administration exclusivement constitué de parents (pour les orientations), et d'autre part, par un comité de direction constitué exclusivement de directeurs d'établissements (pour l'exécutif).

On illustrera par des vignettes cliniques – saisies dans le cadre d'un foyer de vie pour adultes relativement autonomes – comment les mouvements institutionnels allant dans le sens d'un plus grand pouvoir d'agir des personnes accueillies sont systématiquement inhibés. Au travers d'une intervention visant paradoxalement à améliorer la « bientraitance » – terme qui fait partie du discours contemporain dans ce champ – nous mettrons en évidence la façon dont le mode de gouvernance l'empêche au contraire radicalement. Les conséquences seront évoquées en terme de restriction arbitraire du paysage existentiel des personnes accueillies et de souffrance éthique du personnel de proximité qui subit sous des ordres fermes l'injonction paradoxale de rendre à l'autre son pouvoir d'agir. Sans possibilité évidente de bouleverser ce style de gouvernance, des lignes de fuite peuvent se dessiner pour rendre le fonctionnement plus plastique et élargir l'accessibilité au monde ordinaire des personnes accueillies.

· ~ ·

Chapitre 5

Plasticité institutionnelle en pratique

« L'effet de sens qui "ramène" un sujet passe souvent par des chemins de traverse ; tout l'art, ou la science, consiste à ne pas étouffer ces effets ni à niveler ces voies impossibles à décrire »²⁵⁴

D'après le bilan réalisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en France, plus de 400 groupes d'entraide mutuelle, constitués uniquement d'usagers, ont été créés depuis 2005 selon le modèle des *mutual help groups*²⁵⁵. Un petit nombre de ceux-là existaient déjà, sous la forme d'associations d'usagers, voire de clubs thérapeutiques fondés sur la psychothérapie institutionnelle. Ces lieux ont-ils quelque chose à enseigner sur le soin qu'il est possible d'apporter à des personnes ayant une psychose dans leur processus de rétablissement sans les en déposséder ? Suffit-il d'être entre pairs pour obtenir un effet thérapeutique ? La création d'un groupe d'entraide mutuelle (noté GEM dorénavant) peut-elle se faire ex-nihilo ? Ces questions seront discutées en s'appuyant sur une expérience de travail au sein du Club des Peupliers, un des clubs thérapeutiques qui a inspiré la rédaction de la circulaire créant les groupes d'entraide mutuelle.

Ce chapitre est structuré en quatre parties. Dans la première partie (paragraphe

254. OURY, J., Chap. Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle (1967) In « *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* », Les éditions du Champ social, 2001, p. 168.

255. Plus précisément : 430 GEM, dont 394 sont financés par des crédits de la CNSA pour un montant global de 30 millions d'euros, et 36 directement financés par l'ARS sur d'autres sources de crédit que celle que lui alloue le CNSA. Ces GEM s'adresse pour 80% d'entre eux à des personnes avec un handicap psychique, 12% concerne des personnes avec un traumatisme crânien et 8% sont des GEM qui accueille les deux types de public (l'ouverture des GEM aux personnes cérébrolésées ne s'est faite qu'en 2011). D'après CNSA, *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM) - Année 2016*, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2017 – Rapport technique.

5.1) nous évoquerons ce qui constitue l'originalité d'un club thérapeutique, tant vis-à-vis des dispositifs de soin traditionnels que des GEM nouvellement créés, et comment ce démarquage peut-être un ressort thérapeutique. La sous-jacence théorique, l'abord psychanalytique des psychoses et le traitement de l'aliénation selon l'approche de la psychothérapie institutionnelle feront l'objet de la seconde partie (5.2). Nous verrons ensuite comment cela se décline au quotidien du club des Peupliers (5.3). Dans une dernière partie, on utilise les notions de la plasticité cristalline pour décrire les processus d'auto-production de l'institution afin de mieux cerner ce que serait la « plasticité institutionnelle », en tant que condition d'émergence du sujet (5.4).

5.1 Distinction entre Club et Groupe d'entraide mutuelle

Depuis plus de 50 ans, le Club des Peupliers s'inscrit dans la vie du 13^e arrondissement... et au-delà. Ce club est une structure un peu particulière dans le sens où il est à la fois reconnu comme un lieu d'entraide mutuelle, au sens d'une circulaire parue en 2005, tout en existant en dehors de cette circulaire depuis plus de cinquante ans en tant que club thérapeutique fondé sur la psychothérapie institutionnelle²⁵⁶.

Pour comprendre ce qu'est un groupe d'entraide mutuelle (GEM), mais aussi en quoi un club – et en particulier le Club des Peupliers – s'en distingue, il est intéressant de regarder les textes qui décrivent officiellement les deux types d'association 1901.

5.1.1 Spécificités de « surface »

Le texte de référence qui crée les GEM est une circulaire de 2005 « relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques »²⁵⁷. Il consiste en l'application de ce que prévoyait la loi sur le handicap de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », notamment dans ses articles 4 et 11 (qui concernent la création de structures GEM)²⁵⁸.

Ce qu'on constate, c'est qu'aussi bien la circulaire qui crée les GEM en 2005, que la façon dont ils sont financés, situent ces structures à cheval entre le sanitaire et

256. Les 50 ans du club ont été marqués par un colloque d'une journée, dont les actes ont été publiés par le Club : « *Le cinquantenaire du Club des Peupliers* », *Actes du Colloque du 20 nov. 2010*, Éditions du Club des Peupliers, 2010

257. Circulaire DGAS/3B no 2005-418 du 29 août 2005.

258. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

le social : ce qui les régit, c'est le code de l'action sociale et des familles (CASF), mais ce sont les ARS, agences régionales de santé, qui décident et allouent la subvention.

Pourtant, ces groupes se situent résolument en dehors du domaine du soin ; la circulaire de 2005 indique ainsi qu'un GEM « n'est pas une structure qui se définit par des prestations mises en œuvre par des professionnels [...] et encore moins effectuant des prises en charge »²⁵⁹. Leur création accompagne en fait un changement de paradigme, la naissance, en particulier, de l'idée qu'il existe un *handicap psychique* inscrit dans la loi (dite loi handicap du 11 février 2005 qui fait apparaître dans sa définition du handicap les signifiants d'altération de fonctions « mentales, cognitives ou psychiques », pour ne pas restreindre le handicap « mental » à la déficience intellectuelle). Les structures GEM sont alors conçues comme des éléments de « prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale » qu'entraîne le handicap.

Donc, pour les GEM, il s'agit, de façon stratégique, structurelle, de compenser. Pas de soigner.

D'ailleurs, on perçoit aussi cette volonté de se distinguer du champ sanitaire, voire cet abandon de la visée curative au profit d'une visée sociale, dans le choix du vocable *groupes d'entraide mutuelle*, et dans le fait que la présence de personnels soignants n'y est pas obligatoire, voire non souhaitée. Par exemple, dans la circulaire que nous avons citée, les professionnels y sont désignés comme des « animateurs », qui « apportent leur écoute, leurs avis et leurs conseils, sans jamais se substituer aux professionnels du soin ou de l'accompagnement auxquels les personnes ont recours en tant que de besoin ».

Ainsi, même s'il peut y avoir des professionnels du soin, ils ne sont pas censés agir en tant que tels.

Le Club des Peupliers, lui, fait partie du secteur sanitaire (même si c'est une structure démedicalisée), en premier lieu du fait qu'il fait partie de l'ASM-13 (association de santé mentale du 13^e arrondissement de Paris créée en 1958). Mais il en fait partie d'une manière un peu particulière.

« P. Paumelle ne voulait pas d'un club qui soit un outil de soins, mais de manière visionnaire, il avait fait le pari qu'il y avait chez les patients des ressources insoupçonnées leur permettant de s'entraider, hors du regard et de l'analyse des soignants. De ce point de vue, le Club des Peupliers est incontestablement le premier GEM. »²⁶⁰

259. Circulaire DGAS/3B no 2005-418 du 29 août 2005, annexe 1.

260. DURAND, BERNARD, « Les Groupes d'entraide mutuelle : un acquis des usagers », *L'information psychiatrique*, 85 2009, Nr. 9.

Par exemple, dès l'origine, il a été décidé que le recrutement du personnel se ferait en dehors de l'équipe thérapeutique de l'ASM-13 – après l'observation de la réapparition de comportements pathologiques quand une personne connue par ailleurs en tant qu'assistante sociale intervenait au club. Et puis en 1970, un événement a rendu plus apparent encore ce démarquage : le déménagement du club dans son propre lieu, à distance du dispensaire de la rue de la Colonie que Paumelle avait créé dès 1954. A cet égard, le Club des Peupliers se distingue des clubs thérapeutiques intra ou extra-hospitaliers conçus à l'origine par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Pour autant, les fondements théoriques de ce mouvement y sont centraux et la plupart des psychologues/animateurs ont fait des stages ou travaillé à la clinique de La Borde ou à celle de la Chesnaie, ou encore participent à des séminaires de psychothérapie institutionnelle. En fait, le Club des Peupliers est un aménagement de ces théories, qui tient compte des réalités concrètes du fonctionnement du secteur du 13^e, et qui implique dans le champ sanitaire sectoriel, une structure de soins *et* une structure associative. Il a également ce trait original, avec l'ensemble du dispositif de soins du 13^e arrondissement, que les structures extra-hospitalières ont été créées *avant* l'hôpital de Soisy-sur-Seine : consultations médico-sociales en 1954, atelier thérapeutique en 1959, Club des Peupliers en 1960, hôpital psychiatrique en 1963.

D'autres spécificités du Club des Peupliers sont à chercher dans l'histoire, l'héritage dont il est issu, et qui sont maintenant détaillés.

5.1.2 Spécificités de « fond »

En termes de convergence dans les fondements, on peut dire qu'une partie du socle théorique est commun au GEM et aux clubs. Il s'agit du *militantisme*, militantisme des usagers pour les GEM et des psychiatres dans les années 40 pour les clubs. Ils ont en commun une jambe politique ou sociale, l'influence du culturalisme américain, de la sociothérapie, de la pédagogie active, de la thérapie de groupe, que Jean Oury, médecin psychiatre directeur de la clinique de La Borde, décrit en ces termes :

« [Le développement des Clubs] semble résulter de la convergence de plusieurs courants : remise en question des fondements de la psychopathologie par l'avènement du freudisme ; doctrine de la "thérapeutique active" d'Hermann Simon, à Gütersloh, après la première guerre mondiale ; développement de la psychothérapie de groupe, aux États-Unis à partir de 1930 ; les activités extra-hospitalières, en Angleterre, à la Tavistock Clinic, s'inspirant de K. Lewin, aboutissant pendant la dernière guerre à des applications à la thérapie hospitalière ; l'impulsion donnée par Bierer, en Angleterre, à

la constitution de "Clubs sociothérapeutiques" ; le développement des méthodes actives dans le domaine de la pédagogie et du "redressement" : Makarenko, Montessori, École de Hambourg, mouvement Freinet, etc. ; les mouvements de jeunesse : Scoutisme, Auberges de Jeunesse, Colonies de Vacances, etc. »²⁶¹

S'il ont été alimentés par des courants de pensée communs (comme on l'a vu dans le chapitre présentant le mouvement du rétablissement), en revanche, les origines, l'histoire de l'émergence de ces associations, sont différentes. Il s'agit de l'élan novateur de la psychothérapie institutionnelle à la fin de la seconde guerre mondiale, pour les clubs ; de la pression des usagers et des familles ("Nothing about us without us") ayant abouti à la notion de handicap psychique, qu'il s'agit à la fois de prévenir et de compenser et ayant abouti au développement des *mutual help group* dans les pays anglo-saxons et des GEM en France.

Historiquement, nous avons vu que le contexte dans lequel se sont développés les *mutual help group* aux États-Unis était celui de la lutte contre les discriminations sociales et raciales. Le moment où les clubs thérapeutiques sont imaginés (et que l'on peut situer autour de la création du club Paul Balvet à St-Alban en 1947) correspond également à un tournant dans l'histoire du 20^e siècle, celui des prémices de la seconde guerre mondiale, puis de la découverte des camps de concentration, mais aussi un moment de remaniement, de conquêtes sociales qui se manifestent dans divers domaines (psychiatrie, pédagogie, encadrement des délinquants, etc.).

« D'où l'éclatement des cadres culturels et la remise en question de la plupart de nos principes. Les clubs thérapeutiques, dans cette perspective, apparaissent comme une étape, à l'intérieur de nos établissements psychiatriques, d'un remaniement structural de la société globale. Par la remise en question du style de la vie intérieure des hôpitaux, ils ouvrent ceux-ci au monde environnant. Paradoxalement, ils deviennent des foyers de culture, refondant la vie collective sur une tradition authentique ; le phénomène de la Folie retrouvant sa dignité par sa fonction de remise en question permanente de nos règles de vie. »²⁶²

Détaillons maintenant davantage le fondement historique qui fait la spécificité des clubs.

261. OURY, JEAN, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle - Traces et configurations précaires*, Les éditions du Champ social, 2001, p. 72-73.

262. *Ibid.*, p. 73.

5.1.3 Fondement historique des clubs thérapeutiques

La psychothérapie institutionnelle est un mouvement français qui s'est développé à la fin de la seconde guerre mondiale, en réaction au sort fait aux malades dans un dispositif de soin jugé archaïque et dans le même temps où la psychanalyse freudienne pénétrait le milieu médical. Jean Ayme²⁶³, dans un article qui retrace l'histoire de ce mouvement (qui croise la mise en place de la politique de secteur), décrit la psychothérapie institutionnelle comme un tissage du sociologique et du psychanalytique s'appuyant sur « une subversion de l'appareil de soins centré sur l'accueil, la resocialisation et un traitement assuré au plus près du lieu de vie des malades ». Nous reviendrons dans la suite sur cette subversion de l'appareil de soin et la fonction d'accueil, qui fonde la psychothérapie institutionnelle sur une théorie de l'institution soignante.

On a coutume de situer la naissance de ce mouvement à l'hôpital de St Alban, en Lozère, où François Tosquelles, psychiatre catalan, militant anti-fasciste et réfugié en France pour fuir le régime de Franco, s'installe en 1940. Lucien Bonnafé le rejoindra en tant que médecin-chef de la clinique en 1943.

« En 1940, Saint-Alban est un lieu misérable, sale et surpeuplé. Les malades en sortent rarement. Une vingtaine de gardiens et quelques soeurs en assurent la surveillance et la survie.

Premier paradoxe : c'est dans l'asile vétuste d'un département déshérité que va s'élaborer la Psychothérapie institutionnelle. Le pari, réputé impossible, est de soigner les psychotiques avec les moyens de la psychanalyse. Sans divan, sans contrat imposé de paroles. Et là où ils se trouvent en nombre, hôpitaux et autres lieux d'écart et de ségrégation. »²⁶⁴

François Tosquelles arrive à Saint Alban avec deux ouvrages. Celui du psychiatre allemand Hermann Simon²⁶⁵ – l'idée qu'il faut à la fois soigner l'établissement et soigner chaque malade, en lui rendant initiative et responsabilité – et la thèse de Jacques Lacan²⁶⁶ sur la démarche de compréhension de la psychose et pour qui « le discours du psychotique a un sens ; encore faut-il savoir se doter de moyens et de lieux pour dire »²⁶⁷, ou encore « de lieux pour l'accueillir et le lire »²⁶⁸.

263. AYME, *op. cit.* (cf. n° 65).

264. TOSQUELLES, F., « Une politique de la folie », *Chimères*, 1991, Nr. 13.

265. Hermann Simon : *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*, 1929. Traduit par *Pour une thérapeutique active à l'hôpital psychiatrique* par les psychiatres de St Alban en 1941.

266. Jacques Lacan : *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, 1932.

267. AYME, *op. cit.* (cf. n° 65).

268. MORNET, JOSEPH, « Psychothérapie de groupe et psychose », *VST - Vie sociale et traitements*, 3 2007, Nr. 95.

« Les trois maux dont sont menacés nos malades mentaux dans un hôpital et contre lesquels notre thérapeutique doit lutter sans arrêt sont les suivants : l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital, et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même. »²⁶⁹

Pendant l'occupation allemande, entre 1940 et 1944, plus de 40.000 malades hospitalisés sont morts en France des suites des restrictions alimentaires²⁷⁰ (ce n'est que fin 2016 qu'un mémorial a été inauguré par François Hollande sur le parvis des droits de l'homme à Paris). Mais à S^t Alban, où les malades et le personnel travaillent ensemble à une organisation de survie, la surmortalité est nulle.

« Comme le fait remarquer Jean Oury, la question de la survie fut tout à fait didactique. Les malades, les infirmières, et même l'économiste ou les médecins menaient la lutte contre la faim, sortaient de l'hôpital, allaient chez les paysans chercher du beurre ou des navets, en échange de quelques travaux. »²⁷¹

Cette organisation « de survie » des malades a non seulement permis de découvrir leurs capacités de créativité et de prises de responsabilités, mais aussi les effets transformateurs et thérapeutiques qu'elles pouvaient avoir.

« Deuxième rupture : l'hôpital secrète sa propre pathologie, confine soignants et soignés dans la chronicité. C'est lui qu'il faut d'urgence traiter. Abattre les murs, enlever les barreaux, supprimer les serrures. Ce n'est pas suffisant. Il faut analyser, mais surtout combattre les pouvoirs, les hiérarchies, les habitudes, les féodalités locales, les corporatismes. »²⁷²

Il s'agit là des thèses de Hermann Simon, pour qui soigner l'hôpital est un préalable à toute prise en charge psychothérapeutique. C'est-à-dire qu'il s'agit de traiter la *pathoplastie*, un terme que Jean Oury utilise pour exprimer la composante pathologique qui se développe en réaction au milieu psychiatrique. Il désigne les effets potentiellement iatrogènes de toute institution. François Tosquelles proposera la métaphore de « l'asepsie », la stérilisation des instruments avant une opération chirurgicale, pour dire la nécessité de remettre en question l'organisation de l'hôpital afin de le mettre en capacité d'agir.

Une pratique inédite en psychiatrie se met en place qui transforme l'établissement en un instrument de traitement. Le clivage entre soignants et soignés

269. Hermann Simon, cité par OURY, J., « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles », *Vie sociale et traitements*, 2007, Nr. 95.

270. BUELTZINGSLOEWEN, ISABELLE VON, « Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 4 2002, Nr. 76.

271. TOSQUELLES, *Chimères 1991*, op. cit. (cf. n° 264).

272. *Ibid.*

s'estompe dans l'interdépendance des initiatives qu'ils prennent et des responsabilités qu'ils assument au quotidien.

« "Rien ne va jamais de soi", tout est prétexte à réunions. Chacun doit être consulté, chacun peut décider. Non simple souci de démocratie, mais conquête progressive de la parole, apprentissage réciproque du respect. Les malades doivent avoir prise sur leurs conditions de séjour et de soins, sur les droits d'échanges, d'expression et de circulation. »²⁷³

Juste après la guerre, le mouvement prend de l'ampleur. De nombreux groupes se créent²⁷⁴ articulant théorie et pratique dans une « praxis » de ce que Georges Daumézon et Philippe Koechlin nommeront, lors d'une communication à Lisbonne en 1952, la « psychothérapie institutionnelle »²⁷⁵. Le psychiatre Jean Oury réalisera son internat à Saint Alban en 1947-49, puis rejoindra la clinique de Saumery. En 1953, il ouvrira la clinique de La Borde dans un château près de Blois, où il sera rejoint par le psychanalyste et philosophe Félix Guattari. Oury dirigera la clinique de La Borde jusqu'à son décès en 2014.

C'est dans ce contexte qu'est très vite venue l'idée de créer des espaces de vie quotidienne, à mi-chemin entre l'hôpital et la cité, et ayant cette fonction d'accueil du malade fondée sur leurs ressources : les *clubs thérapeutiques*.

Cette très courte introduction sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle laisse déjà entrevoir une distinction entre les clubs et les GEM. Même si ceux-ci peuvent aussi être des espaces de créativité et d'initiatives, ils ne reposent explicitement, ni sur une théorie de la désaliénation sociale, ni sur une théorie psychanalytique de la pathologie. Leur fondement est l'*entraide mutuelle* entre individus partageant une communauté de sort ou d'expérience.

« L'inscription circonstanciée des processus inconscients manifestes et latents du sens des symptômes, et leurs déplacements vers des contextes où leurs modifications sont envisageables (les soins), n'est pas retenue dans ces groupes où la magie du "parler ensemble" produirait du lien chez des sujets précisément troublés dans l'appréhension de l'espace, du temps, de la représentation de leur individualité, de l'altérité, du symbolique, etc. »²⁷⁶

273. TOSQUELLES, *Chimères 1991*, *op. cit.* (cf. n° 264).

274. Déjà pendant la guerre, la société du Gévaudan autour de François Tosquelles et Lucien Bonnafé dès 1942; les Cemea (Centre d'entraînement aux méthodes de pédagogie active) fondés en 1937 mais qui créent des stages de formation pour les infirmiers psychiatriques à partir de 1946; la FASM-croix marines (Fédération d'aide à la santé mentale - maintenant "Santé mentale France") en 1952; le groupe de Sèvres de 1957 à 58; le GTPsi (Groupe de travail de psychothérapie et de sociothérapie institutionnelles) de 1960 à 1966.

275. DAUMÉZON, GEORGES et KOECHLIN, PHILIPPE, « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais portuguese de psiquiatria*, 4 1952, Nr. 4.

276. SUPLIGEAU, M.O., « Clubs thérapeutiques et "groupes d'entraide mutuelle" : héritage

Ces divergences doivent être explicitées, car elles constituent des spécificités de fond qui régissent le fonctionnement des clubs. Elles constituent une sous-jacence théorique, que l'on peut résumer par la prise en compte de cette *double aliénation*, psychopathologique et sociale dans la psychothérapie institutionnelle²⁷⁷. Et c'est en réponse à cette double aliénation que les clubs thérapeutiques ont vu le jour.

5.2 Sous-jacence théorique des clubs

Une première différence entre GEM et club réside dans la façon de tenir compte de la psychopathologie des personnes fréquentant les clubs. Dans les clubs elle est fondée sur un socle psychanalytique, *i.e.* tenant compte de la spécificité du transfert psychotique, qui nécessite un "accueil" particulier et un travail dans le registre du désir à partir de bribes d'investissements. Une seconde différence se trouve dans le traitement de la *pathoplastie*, qui se surajoute à la psychopathologie et empêche l'accès à un quelconque rétablissement au sein de l'institution. Qu'est-ce que cela signifie concrètement et en quoi cela se manifeste dans le quotidien d'un club ?

5.2.1 Abord psychanalytique des psychoses

Rappelons d'abord brièvement le socle théorique sur lequel se fonde la psychothérapie institutionnelle, qui est celui de la psychanalyse, plus spécifiquement selon l'orientation de Lacan.

Désir et transfert

Deux découvertes ont marqué un tournant en psychanalyse : le désir et le transfert. Le désir, inconscient et inaccessible, est décrit par Freud comme « indestructible » ; il traverse l'existence et il est ce qu'il y a de plus singulier, irréductible à tout autre dans le sens où il n'y a pas un désir semblable à un autre. La seconde découverte est celle du transfert. Dans la conception Freudienne, le transfert se définit par :

« Le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique [...] sous la forme de répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marquée. »²⁷⁸

ou rupture ? » *Vie sociale et traitements*, 2007, Nr. 95.

277. Selon l'image de François Tosquelles, la psychothérapie institutionnelle marche sur deux jambes : une théorie marxiste de l'aliénation sociale et une approche psychanalytique de la maladie mentale.

278. LAPLANCHE, J. *et al.*, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France. PUF, 1992.

Il est le rapport que le sujet entretient avec le monde réel au travers de sa relation aux autres. Il révèle les fantasmes, les scénarios, les histoires imaginaires qui traduisent l'articulation du sujet de l'inconscient avec son désir indestructible. Ce qui est mis en question dans le transfert, dans le rapport à l'autre, est donc de l'ordre de ce qu'il y a de plus singulier. Lacan reformulera le fantasme comme l'articulation du sujet divisé à l'objet cause du désir ($\$ \diamond a$, où l'*objet a* est ce qui a chuté, ce qui est définitivement perdu dans l'opération d'accès au Symbolique), ce qui le conduit à dire que le transfert est de l'ordre de la « disparité subjective ».

Or le problème dans la psychose est l'éclatement de cette articulation. Le refoulement originaire – qui est une condition pour qu'advienne la fonction paternelle (par la métaphore où le signifiant du Nom-du-Père se substitue à celui du désir de la mère, dont le signifié est énigmatique, pour lui donner une signification inédite) marquant l'entrée dans le langage – ne s'est pas produit. Cet événement est forclus et signe la structure psychotique. Dans la structure névrotique, cette substitution signifiante fait advenir le sujet dans l'ordre du symbolique (le registre du manque, des places, des substitutions) et elle est aussi la cause d'une perte (puisque le mot ne pourra jamais *être* la chose). C'est donc d'une part, une opération qui – depuis la perte de ce fragment de jouissance que Lacan appellera l'*objet a* – aura pour effet de constituer le manque et donc le désir. Mais d'autre part, cette opération permet à un signifiant primordial de gouverner le sens de l'ensemble des autres signifiants. Sans cette opération, il manque un *point de capiton* « qui arrête le glissement autrement indéfini de la signification » et tient le scénario de base de l'unité de la personne.

A partir du moment où le sujet S entre dans le registre du symbolique, il devient $\$$, un sujet-barré distinct de sa représentation (la barre symbolisant la division par le langage, une aliénation) pour qui le Réel n'est plus accessible (sauf par effraction dans le traumatisme). Le fantasme est censé voiler le Réel par une réalité qu'il se fabrique, au travers d'une articulation du sujet à cet *objet a* définitivement perdu, mais qui est l'objet d'une quête durant toute sa vie (quête par avance ratée puisque cet objet est inaccessible et indestructible).

Dans les psychoses, cette opération métaphorique s'est mal passée. Le signifiant primordial censé arrimer la chaîne des signifiants est fragmenté, dissocié. Le sens « déraile ». L'*objet a* n'a pas vraiment chuté, il est constitué d'objets partiels. Il y a du désir, mais sous forme de bribes. Le fantasme est remplacé par un vécu et un discours se déroulant sur un mode délirant afin de donner du sens à un monde réel perçu comme morcelé et dont certains fragments sont déniés. Les objets, les autres, sont seulement investis partiellement, de façon phobique ou au contraire de façon fusionnelle. Il n'y a donc pas de reconnaissance de la sin-

gularité de l'autre en tant que personne distincte de soi, avec son propre monde subjectif. Ce qui se joue dans la réalité, au travers du rapport aux autres, est donc problématique et le quotidien devient compliqué. L'élaboration psychique, ce travail de symbolisation qui permet de donner du sens aux événements vécus par association de représentations et donc de construire la subjectivité, se fait difficilement à partir de fragments de réalité au sein d'une histoire singulière morcelée qui manque de ponctuation temporelle. Le sentiment de « continuité d'existence », selon l'expression de Winnicott, devient précaire. La dissociation se traduit alors par une désorganisation du cours logique de la pensée rendant le discours impénétrable, en plus d'une ambivalence affective et des comportements bizarres ou incohérents, dont le repli autistique, le délire ou les hallucinations seraient des symptômes adaptatifs.

La question du transfert, dans la mesure où il met en jeu la relation de l'un à l'autre, se pose alors de manière cruciale, mais comment favoriser l'émergence du Sujet si le transfert est si problématique ?

Transfert « dissocié »

De la distorsion des relations du sujet avec ses semblables, du fait que les objets, les autres, soient seulement investis partiellement de façon massive ou phobique, résulte, selon l'expression de Jean Oury, un transfert « éclaté », à l'image des objets partiels du sujet psychotique, ou encore, un « transfert dissocié ». En conséquence, ce morcellement relatif à l'identification empêche le transfert sur une personne unique comme c'est le cas dans une cure classique, ou toute autre prise en charge thérapeutique duelle.

Historiquement, Freud s'était d'abord montré très pessimiste sur l'efficacité de la psychanalyse pour les patients atteints de psychoses, mais après son étude sur « les mémoires d'un névropathe », signée par Schreber, il écrit :

« Il ne serait pas du tout impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la méthode de façon adéquate et qu'ainsi puisse être constituée une psychothérapie des psychoses. »²⁷⁹

Lacan le rejoindra en déclarant que dans la cure des psychotiques, il faut se former à une conception nouvelle du transfert :

« Nous laisserons là pour le moment cette question préliminaire à tout traitement possible des psychoses, qui introduit, on le voit, la conception à se former de la manoeuvre, dans ce traitement, du transfert. »²⁸⁰

279. FREUD, S., « De la Psychothérapie (1904) », In *La technique psychanalytique*, PUF, 2010, p. 20.

280. LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. » In *Écrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 583.

L'hypothèse de base du traitement des psychoses selon la psychothérapie institutionnelle est donc qu'un traitement de la maladie est possible au-delà de la compensation d'un handicap. Plus précisément, fondée sur un socle analytique, l'hypothèse est qu'un certain accueil du transfert est possible.

Transfert « multi-référentiel »

Si les psychoses se caractérisent par le trouble des relations du sujet avec ses semblables, des relations, des investissements, même s'ils sont minimes, existent toujours :

« Chaque sujet vit en investissant, même très partiellement, un certain nombre de personnes, de choses, de lieux, d'animaux. Les schizophrènes n'échappent pas à cette règle, à condition que les conditions de vie qui leur sont offertes leur permettent une certaine liberté d'expression, une liberté de mouvement, une "liberté de circulation" et de rencontres. Ils "choisissent" alors quelques personnes de leur entourage, choix positifs ou négatifs, affinités, liens transférentiels massifs ou presque inaperçus pour eux-mêmes et les autres. [...] La "constellation" se compose donc d'un certain nombre de personnes qui "comptent" pour le malade »²⁸¹.

Il s'agit donc de faciliter et de repérer ces investissements minimes qui agissent comme des « greffes de transfert », selon la proposition de Gisela Pankow, au sens où elles sont révélatrices d'une articulation du sujet sur des fragments d'objets ou de petits autres. Des greffes qui peuvent éventuellement « prendre » mais nécessitent ensuite d'être rassemblées par un travail d'élaboration collectif. C'est ce que propose la psychothérapie institutionnelle au travers des « constellations transférentielles ».

La psychothérapie institutionnelle propose donc de prendre en compte *l'institution* comme partenaire du lien transférentiel. C'est la structure de l'institution qui doit permettre d'accueillir le transfert éclaté du sujet psychotique... sans se morceler elle-même, comme le souligne Joseph Mornet dans son ouvrage sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle :

« Si l'institution n'est pas vigilante par la mise en place d'un dispositif institutionnel adéquat, elle risque de répéter, à son insu, cette même projection incohérente. Le morcellement d'une équipe sous l'effet de la rencontre avec la psychose est repérable dans les conflits qui la traversent. Les affrontements qui en naissent dépassent largement ceux de simples conflits d'intérêt : ils engendrent incohérence et blessures narcissiques. »²⁸²

281. OURY, *Vie sociale et traitements 2007*, op. cit. (cf. n° 269).

282. MORNET, J., *Psychothérapie institutionnelle - Histoire et actualités*, Champ social éditions, 2007, p. 126.

La question est donc d'accueillir le transfert dissocié du sujet psychotique, sans recourir aux réponses défensives d'exclusion ou de chimiothérapie, et sans s'y perdre soi-même, c'est-à-dire une façon d'accueillir ce transfert sans se dérober (selon la proposition de Lacan, « la psychose est ce devant quoi un analyste ne doit reculer en aucun cas »²⁸³). C'est donc davantage une question de « présence », dont la modalité ne correspond pas à une posture ou à un statut où la charge imaginaire surplomberait le symbolique. Jean Oury développe ce concept de présence avec les outils de la phénoménologie : une manière d'être dans le même *horizonné*, au plus proche de l'opacité de l'autre, de sorte qu'*il se passe* quelque chose entre les protagonistes qui sont là en tant que sujets.

Ce travail et ce soutien d'un champ transférentiel propice, s'inscrivent dans la dimension thérapeutique qu'entendent avoir les clubs. Précisément, il s'agit, comme le dit Hélène Chaigneau, de « soutenir l'existence en toute circonstance », de faire en sorte que des événements, quels qu'ils soient puissent avoir *lieu*, afin de trouver de nouvelles formes de quotidienneté vivable pour la personne. On voit à quel point on est ici éloigné des visées de réadaptation ou de rééducation de beaucoup de structures de soins "classiques" (CATTP, hôpitaux de jour, l'hôpital qui traite les moments de crise).

De plus, ce soutien à l'existence a des conséquences qui sont aussi diverses qu'imprévues, étant donné que ce qui est pris en compte, c'est la singularité du désir de chacun. On ne peut donc pas savoir à l'avance dans quelle direction travailler avec telle personne ; ce qui est important c'est d'ouvrir un champ de possible dont la personne peut se saisir. Les conditions d'un tel accueil sont précisées par Oury, qui insiste bien sur l'importance du Collectif, au sens d'une coopération de ses membres créant un terrain propice à cet accueil. C'est à distinguer d'une coordination autour d'un règlement qui régirait le comportement des membres du collectif. Dans ce dernier cas, on pourrait d'ailleurs plutôt parler d'un groupe et non d'un collectif, comme le souligne la citation de Jean Oury qui suit :

« [il est impossible de] prendre en charge psychothérapeutique un psychotique si on est seul et s'il n'existe pas un milieu de référence. Cette prise en charge est forcément collective, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit l'affaire d'un groupe. »²⁸⁴

Un collectif tel qu'en parle Oury est un ensemble de personnes qui sont animées par un Collectif. Le Collectif est donc, par opposition au collectif, un opérateur qui permet à un collectif de s'auto-produire, à la manière d'une machine abstraite qui produit son propre milieu de référence en transformant les éléments qui la composent. Nous reviendrons sur ce point dans la suite.

283. LACAN, J., « Ouverture de la section clinique », *Ornicar*, 9 1977.

284. OURY, *Vie sociale et traitements 2007*, *op. cit.* (cf. n° 269).

Traitement de l'aliénation

Une autre façon de dire l'articulation de la théorie et de la pratique de la psychothérapie institutionnelle est de se référer à la conception structurale du sujet ainsi qu'à la conception de l'acte analytique, tel que les développe Lacan sous la forme de « quatre discours » dans son séminaire sur *l'envers de la psychanalyse*²⁸⁵. C'est ce que propose Jean Oury, notamment dans son séminaire sur le Collectif²⁸⁶. Cette démarche de Lacan, support de développements conceptuels et pratiques importants en psychothérapie institutionnelle, n'étant cependant pas si facile à saisir, on trouvera en annexe une reprise de la construction de cette structure fondée sur les dimensions de la parole²⁸⁷.

Pour résumer, disons que le « discours du maître », est un discours initium, à partir duquel le passage à d'autres discours est possible. Il traduit le fait qu'*un signifiant représente le sujet pour un autre signifiant*. C'est-à-dire que lorsque la métaphore paternelle est opérante, le sujet de l'inconscient – \$ – s'efface devant son représentant – le signifiant S1 – qui s'est détaché de l'ensemble des autres signifiants S2 (le grand Autre, le monde tel qu'il est structuré). Il l'écrit sous la forme d'un *mathème*, qui traduit, en somme, la castration. L'*objet a* est ce qui chute dans l'opération métaphorique, ou autrement dit, l'incomplétude de l'Autre. A partir de ce discours, la faculté de donner un *sens* émerge, c'est-à-dire que l'ensemble des signifiants S2 devient articulable, en tant qu'il ressort maintenant du registre Symbolique (celui du manque, de la circulation, des places), où le sens émerge du rapport des signifiants entre eux dans une chaîne de signifiants. « Chaque Un » peut alors se construire une vision du monde réel, à partir de la façon dont il s'articule à son manque, c'est-à-dire en fonction de son fantasme singulier (\$ \diamond a).

discours du Maître discours de l'Analyste

$$\frac{S_1 \rightarrow S_2}{\$ \quad a} \qquad \frac{a \rightarrow \$}{S_2 \quad S_1}$$

Ce discours primordial, en tant qu'il reflète l'effet de la castration, est difficilement accessible aux personnes psychotiques, qui ont « une déficience presque chronique de la fonction du semblant »²⁸⁸. Le passage d'un discours à l'autre (discours *du maître*, de *l'université*, de *l'hystérique*, de *l'analyste*) se produit par une analyse de la situation, caractérisée par l'émergence du « discours analytique ». La fonction de ce dernier discours, qui correspond à l'acte analytique,

285. LACAN, J., *L'envers de la psychanalyse, Le Séminaire, Livre XVII (1969-1970)*, Ed. du Seuil Paris, 1991.

286. OURY, J., *Le Collectif, Séminaire de Sainte-Anne 1984-85*, Editions du Scarabée, CE-MEA, 1985.

287. On trouvera également dans cette annexe un développement métaphorique de cette conception structurale à partir de la plasticité cristalline, et particulièrement du phénomène de *dissociation* des dislocations en plusieurs *dislocations partielles*.

288. *Ibid.*, p. 47.

est de produire les signifiants maîtres S1 qui déterminent, à son insu, le sujet de l'inconscient. Il se produit par une dialectique du sujet de l'inconscient $\$$ et de son désir où un analyste se fait temporairement objet. Mais comment introduire en pratique cette dialectique pour des sujets qui n'ont pas « un S1 unifié », pour qui il n'y a pas vraiment de manque dans l'Autre, pour qui l'*objet a* n'a pas vraiment chuté ? Comment avoir accès au fantasme dans ce cas ?

Jean Oury répond à cette difficulté en substituant à l'agent du discours analytique – au lieu du désir d'un analyste de se faire objet – le désir de l'institution, pris au sens très large de tout ce qui compose l'institution (les personnes, les choses, les moments). C'est l'institution qui se fait support fantasmatique. En multipliant les opportunités transférentielles sur une multiplicité de tenant-lieu d'*objet a* – ce qui revient à faire de la fonction soignante *une fonction partagée* d'une part, et d'autre part, à maintenir une *distinctivité* entre les choses, ce qu'il appelle une *fonction diacritique* – il y a une possibilité que cette opération puisse « produire du S1 », une multiplicité de S1. Si les personnes peuvent ensuite s'en saisir – ce qui relève de l'*ambiance* et de la liberté de circulation et de passages entre *praticables* en tant que lieux d'existence possible – et l'articuler à leurs propres signifiants, cela peut prendre comme une *greffe de sens* (Pankow) – ce qu'il appelle au niveau institutionnel un *espace du dire* – être une sorte de démarrage, d'*initium*, pour une articulation du sujet à l'Autre.

5.2.2 L'importance de l'ambiance

Concrètement, pour que la machine abstraite du Collectif puisse « produire du S1 », il faut que l'ambiance s'y prête.

Dans ses séminaires, Oury prenait souvent l'exemple de l'accueil qui, dans certaines institutions, est banalement confondu avec l'admission. L'accueil n'est pas l'admission. Quand on parle de l'accueil, il ne s'agit pas de demander à la personne son nom, qui l'a envoyée, son secteur de prise en charge, ou son dossier médical. . . Il s'agit de l'accueillir « dans son paysage » (comme le dit Oury en référence à Erwin Straus), pour signifier qu'il faut tenir compte de son état d'aujourd'hui, sa modalité d'être, pour espérer avoir accès à cette singularité là, ou encore établir un diagnostic au sens étymologique : une connaissance de la personne au-delà des apparences.

En pratique, au club des Peupliers, cela signifie accueillir la personne quels que soient : son mode d'être (en retrait, bruyant, très présent, déambulant, etc.) ; la dimension éventuellement délirante de ses propos, et leur teneur, qui est écoutée et prise en compte ; accueillir aussi parfois la violence verbale (souvent ségrégative ou xénophobe et qui est toujours reprise), parfois même, mais très rarement, physique ; son degré d'insertion sociale (au club des Peupliers, on rencontre des personnes qui travaillent à plein temps dans le milieu ordinaire,

d'autres en ESAT, certaines qui ne travaillent pas, voire qui ne le désirent pas, certaines vivant en logement individuel, d'autres dans un foyer ou même à l'hôpital, certaines "sans domicile fixe"). Par ailleurs, dès la création du club, un de ses principes fondateurs a été de ne pas prendre connaissance des dossiers médicaux des patients.

Cet accueil inconditionnel est la condition minimale d'une ouverture à l'autre qui imprègne le lieu même. C'est la notion d'*ambiance*, cette toile de fond, ce bain dans lequel on évolue, porteur de l'histoire du lieu, des histoires qui s'y sont déroulées²⁸⁹. Pour désigner l'*ambiance*, Jean Oury parle également des *entours*, de *convivence*, une manière d'*être-là* dans le quotidien, entre personnes qui finissent par se connaître. Il appelle ça être « avec », depuis sa propre position de sujet. Mais il précise qu'être *avec* ne signifie pas faire « copain-copain ». Il s'agirait plutôt d'être *avec* l'autre sur un mode *pathique* en opposition à un mode gnosique ou intellectualisé. Il faut noter que les références à la phénoménologie sont fréquentes dans la théorisation que fait Jean Oury de la psychothérapie institutionnelle. Il se réfère notamment à Heidegger lorsqu'il parle de la position du soignant qui est d'être-là en tant que sujet parmi les autres; également à Von Weizsäcker dans la capacité que celui-ci doit avoir à se laisser surprendre par une rencontre imprévisible, à être réceptif à la surprise, ouvert au nouveau qui surgit; à Maldiney ensuite, pour la notion de *transpassible*, lorsqu'il décrit la façon dont cette rencontre qui arrive sans être attendue peut avoir un effet thérapeutique, de métamorphose. Jean Oury s'appuie sur ces concepts pour décrire la capacité d'accueil des soignants et des soignés, et la *fonction d'accueil* des clubs. Au quotidien du fonctionnement, si cela passe par une « tablature institutionnelle », c'est au sens où les activités et ateliers proposés n'ont pas de vocation occupationnelle et encore moins éducative, mais sont là pour « programmer l'aléatoire » et où les soignants font preuve de « veillance », d'attention aux moindres détails quant aux investissements des uns et des autres, à ce qui compte pour eux (c'est donc plutôt une « tablature de signifiants »).

L'ambiance désigne donc un mode intuitif, mode du sentir, qui préserve la possibilité d'une rencontre imprévisible.

Au club des Peupliers, cette ambiance se manifeste notamment par le sentiment qu'on est libre de parler (la libre-circulation de la parole), ou de s'exprimer par l'intermédiaire d'un autre ou en déposant une idée dans la boîte à idées, ou d'être simplement là sans rien faire (la liberté d'être tranquille) : « Celui qui est là, a minima, il bouffe de l'ambiance » (J.Oury).

289. Oury développe cette notion en reprenant notamment un concept de Kurt Lewin, qui met en valeur les relations réciproques entre l'individuel et le social en insistant sur l'influence de l'ambiance, ou atmosphère culturelle, sur la personnalité.

Ainsi, l'ambiance est de l'ordre du ressenti, en cela très clairement distincte de ce que pourrait dire un règlement intérieur (e.g. : "*ici, chacun peut s'exprimer*"). C'est le fruit d'une institutionnalisation dynamique et historique du fonctionnement du club, qui ne peut se faire qu'avec sa propre temporalité.

Dans ce lieu-là, il y a comme un patrimoine de repères symboliques, qui se sont élaborés au fil du temps et qui ont une histoire et même une petite histoire (on peut toujours les rattacher à un événement particulier). Les activités, les objets usuels (machine à café, chaises, le moindre détail de l'espace quotidien) sont le fruit des désirs des personnes présentes, exprimés explicitement, ou recueillis, saisis au vol, voire ré-élaborés par l'équipe avant de cheminer dans les instances décisionnelles du club.

Dans un autre établissement, même appuyé sur le même corpus théorique, la texture du lieu serait nécessairement différente, du fait que d'autres personnes, d'autres sujets seraient présents.

C'est toute la différence que fait la psychothérapie institutionnelle entre *l'institutionnalisation*, qui est un processus dynamique de l'institution, et *l'institué* qui est figé et relève de ce qui est établi dans un *établissement*.

5.2.3 Processus d'institutionnalisation

« Une des premières démarches à faire dans tout ce qui est institutionnel (aussi bien dans les hôpitaux, les villes, les secteurs...), c'est de faire la distinction entre établissement et institution. L'Etablissement est un lieu, un collectif qui "établit" quelque chose. Selon les contextes linguistiques, un [état]-blissement est quelque chose d'organisé qui passe un contrat avec l'Etat. D'une façon un peu humoristique, je dis souvent : comment vas-tu te "blisser" avec l'Etat, c'est à dire quels sont les rapports entre l'Etat et le champ et le lieu du travail.

Une fois établis, commence vraiment la psychothérapie institutionnelle, dans le sens qu'on développe à l'intérieur de l'établissement un nombre incalculable d'institutions. C'est Hélène Chaigneau qui appelait ce développement un *processus d'institutionnalisation* : pour donner un peu de vie à l'Etablissement ou une surface d'échanges et de relations de toutes sortes, on va créer à l'intérieur un nombre d'institutions très variables selon le temps défini, l'espace et leurs fonctions. »²⁹⁰

290. OURY, J., « L'aliénation », *Tijdschrift Psychiatrie voor I.P.* 3 2003.

Par exemple, ce que l'on appelle le « pré-conseil » est une institution du club des Peupliers. Il s'agit du moment qui précède chaque conseil d'administration (au nombre de cinq par an), où toutes les personnes présentes, en moyenne une trentaine d'adhérents et non-adhérents, se rassemblent dans la grande salle. Chacun peut faire des propositions, simplement prendre la parole pour annoncer quelque chose, observer les réactions à une proposition glissée discrètement dans la boîte-à-idées, faire lire une lettre devant tout le monde (dont l'auteur s'inquiètera bien de savoir « si elle a été bien lue, si tout le monde a bien entendu »)... Ce pré-conseil peut être l'occasion de décisions, mais il permet surtout à chacun de s'exprimer par rapport à celles qui seront prises pendant le conseil. Il n'est pas nécessaire statutairement dans une association loi 1901 pour se *blisser* à l'état, puisque les décisions peuvent être prises par le conseil d'administration, dont les membres ont été élus lors de l'assemblée générale. Mais son institutionnalisation crée une ouverture dans la gouvernance de l'association. C'est un appareillage du club dont une des fonctions est de contribuer à la libre circulation de la parole au-delà de sa structure démocratique, qui n'est pas garante d'une confusion entre les statuts ou les rôles et les fonctions à assurer. Comme le dit Pierre Prungnaud, psychanalyste, responsable du club pour l'ASM-13 et membre de l'équipe :

« Ce pré-conseil permet aussi d'éviter que les membres du conseil d'administration se considèrent comme des dirigeants décidant à la place de tous les membres du Club. D'ailleurs, toute personne désirant assister au conseil peut lui en faire la demande avant qu'il ne se réunisse. Il n'y a jamais eu de refus. Ainsi les positions de pouvoir, qui ne manquent pas de se manifester, peuvent être remises en cause, dans les faits, par le fonctionnement même du Club et par les critiques ou contestations. »²⁹¹

Cette ambiance est donc un pré-requis, pour que des investissements multiples soient rendus possibles.

5.2.4 Agencement d'un Collectif

Le *transfert multi-référentiel* a pour effet que la fonction soignante ne soit plus portée seulement par les professionnels soignants, mais partagée par tout un chacun. Animateur, adhérent ou non-adhérent, voire un endroit ou un objet, le point d'accroche, différent pour chacun, est respecté. Oury citait dans ses séminaires, l'âne, qui avait rempli cette fonction pour l'un des pensionnaires de La Borde. Au club des Peupliers, cela peut-être les livres, la chaîne hifi, un adhérent en particulier, une activité, certains sont arrivés parce qu'ils avaient

291. PRUNGNAUD, P., « Du Club au "Hors-Club" ou "la Bande à Moebius" », . In *Le cinquantenaire du Club des Peupliers*, Editions du CLub des Peupliers, 2010.

entendu parler des voyages. On voit bien ici à quel point la fonction soignante est distribuée et les repères habituels bousculés.

« [...] nous constatons combien fallacieuse est la distinction entre "soignants et soignés", lorsqu'elle confond cette opposition distinctive avec celle, socio-économique, du payant-payé, personnel-malade. Il est, en effet évident que tel malade peut avoir sur un autre une influence bénéfique que n'aura jamais tel ou tel membre du personnel, de même que le départ ou l'arrivée de quelqu'un participe d'une façon positive ou négative à l'évolution d'un autre. »²⁹²

Concernant les personnes présentes, c'est donc essentiellement leur statut qui est subverti, à commencer par le rapport "soignant-soigné". Ce qui sous-entend que les statuts ne sont pas niés : les professionnels sont embauchés en tant que psychologues, la pathologie des adhérents est reconnue, mais ces statuts ne les résument pas. Ce qui est en jeu c'est la dialectique de leurs désirs singuliers.

Ce qui compte davantage que les statuts, c'est donc le fait d'être là en tant que sujet. Si les professionnels sont là en tant que psychologues (leur statut) et « se prennent pour » des psychologues, alors on se retrouve dans une structure traditionnelle qui n'est pas celle d'un Collectif. Mais « ça ne va pas de soi » (il ne suffit pas de l'écrire, comme étant une règle de principe). Reconnaître l'existence d'asymétrie statutaire et ne pas prétendre qu'elle n'est pas là, c'est aussi s'autoriser à ne pas en être totalement esclave.

C'est quelque chose qui a besoin d'être travaillé, en particulier dans le milieu psychiatrique. Il s'agit de lutter activement contre les effets potentiellement iatrogènes à la fois de l'institution et du fait d'être ensemble. En effet, dans tous les groupes, il y a ce risque d'emprise de certains sur d'autres, que la parole des uns ait plus de poids que celle des autres, que certains s'arrogent un pouvoir excessif. Il n'y a aucune raison que ces effets, de l'ordre du registre de l'Imaginaire, ne soient pas présents dans un groupe de personnes partageant un sort commun, la psychose par exemple. Mais il y a d'autant plus de raison de chercher à lutter contre ces effets du groupe que les personnes concernées sont fragilisées par la pathologie.

Il faut aussi tenir compte des effets inhérents à l'institution en tant que telle, qui induit aussi une forme d'aliénation sociale de ses membres, sous la forme de l'intrusion massive de l'organisation, des protocoles, des exigences d'évaluation. Nous le verrons à propos de l'institution qui fait l'objet du chapitre suivant, le risque est alors que toute initiative soit inhibée et que la qualité de présence des soignants soit définitivement altérée. C'est pourquoi une des lignes du mouve-

292. OURY et MICHAUD, *op. cit.* (cf. n° 83).

ment de la psychothérapie institutionnelle est qu'il faut soigner l'établissement pour que les soignants prennent le temps d'*être avec*, participent à l'émergence des événements.

L'une des conditions pour que le fonctionnement du collectif soit efficace, c'est-à-dire à même de produire des effets de sens, est que le lieu même soit structuré et articulé selon différentes instances. On pourrait dire, pour reprendre l'expression de Lacan concernant l'inconscient que le club est « structuré comme un langage », ce qui implique que ses différents éléments sont en rapport dialectique les uns avec les autres. Les instances sont distinctes mais il n'y a pas d'instance dominante, elles sont en interrelation et les décisions prises tiennent compte des tensions entre ces instances.

Au club des Peupliers ces différentes instances sont : l'assemblée générale, au cours de laquelle sont élus les membres du conseil d'administration par les adhérents ; le conseil d'administration (comprenant 14 membres, et composé d'un *collège adhérents* de sept membres où se constitue le bureau et d'un *collège extérieur*, composé de cinq personnes, amis, anciens stagiaires, ainsi que de deux membres de l'équipe qui ont une voix consultative) ; le pré-conseil qui précède le conseil d'administration (où toutes les personnes présentes peuvent s'exprimer sur la vie du club, quitte à ce que la parole de quelqu'un qui ne peut pas encore la prendre, soit relayée par un autre) ; la synthèse hebdomadaire (instance de représentation de l'équipe). A cela il faut ajouter l'ASM-13, dont le club est une structure (la seule qui soit dé-sectorisée), et avec laquelle les liens sont réels²⁹³. Toutes ces instances sont régies par le principe de *collégialité*. Celle-ci existe non seulement entre les membres de l'équipe, mais aussi vis-à-vis des adhérents et, de fait, entre eux. Cela signifie qu'il n'y a pas de hiérarchie ; la parole de chacun est entendue dans sa singularité et ne prédomine pas sur d'autres.

« Bien sûr, il y a des paroles qui sont perçues comme pesant plus que d'autres, faisant plus « autorité » comme on dit. Même celles-là, et surtout celles-là, peuvent être mises en question, de fait, par ce processus de décision qui apporte un démenti à cette tendance, tenace, d'identifier la parole de quelqu'un à un pouvoir. »²⁹⁴

Cette organisation permet à l'équipe qui aurait repéré une demande discrète,

293. Dans les hôpitaux où ils ont été inaugurés dans les années 40 (St Alban, La Borde), les clubs avaient aussi une fonction de carrefour où se croisaient soignants et soignés pour prendre des décisions concernant la vie quotidienne de l'hôpital. Cette fonction n'est plus celle du club des Peupliers, créé en 60 lors de la mise en place de la politique de secteur, dans le sens où il est moins directement accessible aux soignants en pratique (en tant qu'il est extra-hospitalier). Mais il demeure que les liens avec les autres structures de l'ASM-13 sont toujours bien vivants. En premier lieu, par ce qu'en disent les patients qui circulent au sein de l'institution, mais également au travers d'échanges lors de réunions, de visites d'autres structures, de conférences sur le club, qui sont autant d'opportunités pour témoigner de cette spécificité, bien reconnue de l'ensemble des équipes de la structure.

294. PRUNGNAUD, *Du Club au "Hors-Club" ou "la Bande à Moebius"*, op. cit. (cf. n° 291).

de s'en saisir et de la faire circuler dans les différentes instances médiatrices du club afin qu'aucun secteur de la réalité ne se construise indépendamment des autres. Elle introduit une articulation des espaces investis par un individu, qui se révèlent signifiants dans l'après-coup (autrement dit, les « S1 » produits ou investis s'articulent aux autres signifiants du club et constituent le démarrage d'une chaîne qui prend du sens).

Il s'agit donc de s'appareiller de sorte que l'agencement *du* collectif puisse fonctionner *en* Collectif, cette machine abstraite, dont la mise en acte s'opère par une analyse institutionnelle constante : une auto-crédation permanente. Ces machines abstraites, inspirées du domaine de la systémique et de la cybernétique, *consistent* en une dialectique entre les parties et le tout, au sens des systèmes complexes (et qui correspond pour l'institution à une articulation du singulier au collectif et pour le sujet à une articulation entre des parties dissociées et un ensemble, comme une image du corps unifié).

« Chaque personne qui travaille dans un collectif psychiatrique est prise dans ce Collectif en tant qu'agissant, et est "agie" par le Collectif. Ce qui en résulte, c'est que sa propre modification modifie l'ensemble. C'est très optimiste ! Il s'agit des *machines abstraites, de type 3*. Chaque personne est soi-même pièce et "combustible" de la machine elle-même. »²⁹⁵

Voyons maintenant comment tout ce qui vient d'être évoqué peut se traduire au quotidien d'un club thérapeutique.

5.3 Le Club des Peupliers

Le Club des Peupliers est une association loi 1901, créée en 1960 dans le cadre de la mise en place du secteur du 13^e arrondissement de Paris par Philippe Paumelle. C'est un groupe de malades et d'anciens malades qui le fondent et le déclarent à la préfecture, avec l'aide de l'association de santé mentale du 13^e (ASM-13, fondée en 1958) qui leur prêtait un local, mettait à leur disposition une conseillère technique et leur allouait une subvention. Au départ, le club devait répondre à deux objectifs : proposer des loisirs aux patients suivis en psychiatrie dans le secteur, et soutenir les malades après la fin de leur traitement (en particulier à des horaires qui correspondaient à la fermeture des autres structures, comme l'atelier thérapeutique). Mais ce club est aussi, dès l'origine, empreint des visées à la fois humaniste et thérapeutique du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, dont il est une émanation.

295. OURY, *Le Collectif, Séminaire de Sainte-Anne 1984-85, op. cit.* (cf. n° 286), p. 204.

5.3.1 Aller au Club

Aujourd'hui, les locaux du club se situent au 22 rue de la Glacière, dans le 13^e, au rez-de-chaussée d'un immeuble d'habitation, mais le lien avec l'ASM-13 reste réel et illustre la variété des modes d'accueil de la maladie mentale de cette structure. Actuellement, le Club des Peupliers compte une soixantaine d'adhérents (et à peu près 20 non-adhérents qui le fréquentent) et six « animateurs ». Le terme d'animateurs – qui représente mal l'activité effective – a été choisi à la création du club pour son démarquage du statut de soignant, mais tous les animateurs sont psychologues cliniciens et sont embauchés sur ce statut. Le club accueille également six stagiaires par an en Licence ou Master de psychologie clinique. A cela s'ajoute des professionnels d'activités particulières (chant, dessin, théâtre, yoga) payés par le club et dont certains sont usagers ou anciens usagers. Les personnes qui viennent au club sont, dans leur majorité, psychotiques et notamment schizophrènes. Ils peuvent avoir été adressés au club par les équipes de soin de l'ASM-13, par des psychiatres privés ou par l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques) ou la FNAP-PSY (Fédération Nationale des Associations de Patients en Psychiatrie), auxquels le club est fédéré, avoir eu connaissance du club par son site Internet, par la Maison des Usagers de l'hôpital Sainte Anne, ou simplement par le bouche à oreille, le club étant relativement connu.

A chaque ouverture, c'est-à-dire un jour sur deux, une vingtaine de personnes se présentent en semaine et une trentaine le samedi. Mais toutes ne viennent pas systématiquement ni ne restent pas pendant les quatre heures d'ouverture. Chacun est libre de fréquenter le club comme il l'entend : une fois de temps en temps ou de façon régulière, pour un bref moment ou de l'ouverture à la fermeture.

Monsieur H. fréquente le club à chaque ouverture depuis 14 ans mais il "préfère" arriver trente minutes avant la fermeture. Monsieur B., qui ne vient que rarement, fait partie des adhérents qui ont déposé les statuts en 1960. Monsieur D. a plus de deux heures de trajet en RER pour arriver en général en avance et nous attendre devant la porte, ne manquant pas de nous faire remarquer nos 3 minutes de retard. Madame N. ne reviendra plus car "le niveau n'est pas assez élevé". Monsieur S. non plus, car "l'odeur du club le suffoque". Pour Mademoiselle A. "il n'y pas assez de jeunes", mais elle vient maintenant régulièrement avec deux ou trois copains. Monsieur M., fiancé puis séparé d'une adhérente, ne vient plus car "ce souvenir est trop douloureux". Madame G., qu'on ne voit que rarement car elle est claustrophobe, appelle presque systématiquement pendant les ouvertures pour parler des choses de la vie à un animateur pendant un quart d'heure. Monsieur M. vient par intermittence et laisse des messages sur le por-

table du club pour en expliquer les raisons. Nous n'avons pas de nouvelles de C. ce qui nous inquiète un peu. Nous allons appeler Madame D. car Madame O. nous a dit qu'elle allait très mal. Nous avons reçu une lettre de Monsieur N., très déterminé à engager des démarches officielles pour faire fermer le club. De son côté, Monsieur A. a écrit au président Macron pour la défense des "structures psychotiques de Paris, afin que les hommes et les femmes ne meurent".

Le Club des Peupliers est par essence un lieu d'accueil. Il est ouvert à chacun, quels que soient sa pathologie et son secteur de rattachement. Pour y venir, aucune condition n'est exigée.

« Est-ce qu'il faut s'inscrire pour venir au club ? », « Est-ce qu'on doit être membre pour participer ? », ce sont des questions que les personnes venant pour la première fois nous posent souvent. L'adhésion est possible (pour 20€ par an) et elle permet de bénéficier de tarifs préférentiels pour les sorties ou de voter lors de l'assemblée générale pour élire le conseil d'administration, mais elle n'est pas obligatoire. En pratique, on invite plutôt la personne à venir quand elle veut, à prendre la température du lieu, à tâter l'ambiance, avant de se décider à adhérer ou pas. Ensuite concrètement le fait d'adhérer n'est pas lié à la fréquence à laquelle les personnes viennent au club. Certains viennent régulièrement depuis longtemps mais « préfèrent ne pas » prendre leur carte de membre tandis que d'autres veulent absolument la prendre dès leur première visite. « Le seul Gem où j'ai pris l'adhésion, je n'y suis plus revenu » nous dit Monsieur N. Alors que certains ne s'engagent que prudemment ou craignent d'être happés, il est possible de participer sans être qualifié par un signifiant « adhérent », et de pouvoir être là plus singulièrement. Entre les signifiants du sujet, entre le *patient* et l'*adhérent*, il y a un entre-deux, quelque chose qui peut être questionné, là où ailleurs les espaces sont peut-être plus délimités. C'est un des points atypiques qui caractérisent le lieu, tout comme il est possible aussi de venir sans participer, apparemment sans s'y impliquer, d'y trouver juste un espace de tranquillité.

5.3.2 Ce qui s'y passe au quotidien

De fait, les personnes viennent pour sortir, pour rencontrer d'autres personnes (certains se connaissent depuis des dizaines d'années), faire des activités, animer un atelier... L'ambiance de liberté qui y règne permet de se saisir du lieu de manière variée car les opportunités sont différentes : des ateliers programmés, mais auxquels il n'est pas nécessaire de s'inscrire au préalable, et où les personnes ne restent pas toujours jusqu'à la fin, la possibilité d'errer d'un atelier à un autre, des sorties en présence d'un animateur avec un rendez-vous fixé pour le départ, ou des « amicale-sorties » dont seul le jour est programmé et qui se font sans animateur. Les personnes utilisent ces possibilités selon leur désir et leur façon

d'être dans la vie.

Au quotidien, différentes activités sont possibles, certaines dans les locaux et d'autres *hors-les-murs*, pendant ou en dehors des plages d'ouverture du club. Dans les locaux, on peut ainsi participer à un atelier de peinture animé par un artiste-peintre, à la rédaction du journal « Mentalo » qui paraît deux fois par an, à l'atelier chant, à l'atelier d'écriture, de cuisine, de pâtisserie, de couture, de photo-roman, de jeux d'échec... Des sorties sont également proposées, au moins un samedi par mois. Il peut s'agir de visites de musées ou d'expositions, d'un repas au restaurant, d'un pique-nique, d'un cinéma, d'un après-midi au bowling etc. Ces sorties sont celles que les adhérents et non adhérents proposent lors du pré-conseil, et qui sont entérinées par le conseil d'administration. Les samedis où aucune sortie n'est organisée, nommés « amicale », le club est ouvert et un goûter est offert par le club à tout ceux qui sont présents. Un repas confectionné ensemble a lieu une fois par mois ces jours là. Précisons également qu'une fois par mois ces amicales sont des « amicale-sortie », où ceux qui le souhaitent peuvent faire quelque chose de leur côté et le club contribue à hauteur de la moitié de la dépense qu'ils ont faite, conformément aux droits ouverts par la carte d'adhérent et sur présentation d'un justificatif. A l'issue de la sortie, chacun peut revenir au club s'il le souhaite. Les petites différences entre ces signifiants du club (amicale, amicale-sortie, sortie, grande sortie...) correspondent dans le réel à des modes de fonctionnement distinct. Ils introduisent dans les faits une ambiance différente, une façon de pouvoir être au club selon des modalités différentes. On commence alors à entrevoir ce qui distingue le club d'autres structures (hôpital de jour, CATTP) qui, en apparence, proposent le même type d'activités. Mais c'est encore plus parlant lorsque le club est présent "hors les murs" ou pendant les périodes de fermeture.

En dehors des heures d'ouverture du club et hors-les-murs, des adhérents participent à l'atelier théâtre qui a lieu une fois par semaine dans une salle du Théâtre 13, donnant parfois lieu à une ou deux représentations, à l'atelier yoga du club, qui se tient au Centre Philippe Paumelle, ou encore à des visites mensuelles organisées au musée du Louvre avec un conférencier. Toutes ces activités sont encadrées par un intervenant extérieur embauché par le club ou accompagnées par un animateur.

Il faut noter que ces activités sont suivies par une minorité de personnes (même adhérentes du club) : la plupart d'entre elles viennent essentiellement pour ne pas être seules, pour rencontrer des gens et parler un peu, jouer à un jeu de société, trouver un peu de chaleur... Pierre Prungnaud le présente comme :

« Un Club "du loisir de" : parler avec les personnes présentes, prendre

des responsabilités dans la vie de l'association (par exemple dans le cadre du conseil d'administration), participer à une activité, ne rien dire et être simplement présent parmi d'autres. »²⁹⁶

Ce qui fait du club avant tout un lieu d'accueil et de parole.

Hors-les-murs encore, et depuis presque une dizaine d'années, des voyages sont aussi organisés par le club : généralement, deux destinations par an sont proposées, l'une en France, l'autre à l'étranger. Dernièrement, ceux qui le souhaitent ont ainsi pu aller en Crète, dans le pays Basque, en Andalousie, sur la Côte d'Azur, etc. Ces destinations ayant été votées par le conseil, après plusieurs propositions au pré-conseil. Ces voyages d'une semaine, qui réunissent entre 8 et 15 personnes, sont achetés auprès d'un tour-operator. Ils se font sans animateur, même si un membre de l'équipe est joignable pendant toute la durée du séjour, sur le téléphone portable du club. Le club participe financièrement à la hauteur de la moitié du coût du séjour. Deux autres voyages ont également eu lieu, cette fois-ci accompagnés par plusieurs personnes de l'équipe, l'un à Saint-Petersbourg, l'autre à Londres. Ils ont permis à des adhérents n'ayant pas un degré d'autonomie leur permettant de partir sans accompagnateur, de voyager aussi.

Pendant les périodes de fermeture, c'est-à-dire les vacances de Noël et les vacances d'été, des activités *Hors-Club* peuvent se mettre en place (*i.e.* hors-les-murs et hors des plages d'ouverture). Les points de rendez-vous hebdomadaires sont fixés et affichés sur la porte du club avant ces périodes, mais toute liberté d'initiative est ensuite laissée à ceux qui décideront de s'y rendre. Un budget est par ailleurs attribué par le club pour ces moments, sous la forme d'un forfait de dépense de 35€ par personne remboursés sur présentation des justificatifs. L'émergence de ce « Hors-Club » se poursuit et prend de l'ampleur, depuis quelques années sous la forme des « dimanches du Hors-Club », c'est-à-dire une ouverture du club par les adhérents le dimanche, sans animateur. Ce Hors-Club sera décrit plus en détail à la fin de ce chapitre.

Ce premier tour d'horizon montre la diversité des modes de fréquentation possibles du club : en présence ou absence d'animateurs, dans le local ou à l'extérieur, pendant ou en dehors des heures d'ouvertures, à chaque fois ou après cinq ans sans nouvelles, juste en passant ou pour plusieurs heures, par téléphone, par lettres... Le club existe dans la vie de certains adhérents comme un point d'ancrage. Un ancrage à partir duquel on peut commencer à se tourner vers l'horizon sans trop en sentir de vertige. Il se dégage du club une continuité d'existence de par son ancienneté, une consistance dans son accueil inconditionnel et dans sa

296. PRUNGNAUD, P., « « Bienvenue au Club » », *Pratiques en santé mentale*, 50 2004, Nr. 3.

structure (que je différencie de sa structuration), une solidité face aux attaques (moins d'ordre "bureaucratique" que de certains adhérents). Mais celles-ci n'excluent en aucune manière sa plasticité institutionnelle. Au contraire, le club présente une grande stabilité dans sa structure, son langage, c'est-à-dire dans l'articulation de ses différentes instances. Mais cette stabilité structurale détermine seulement la logique avec laquelle il peut prendre forme. C'est une logique dont chacun peut se saisir pour modifier la structuration du club (par exemple au travers de la création d'ateliers avec des modalités de fonctionnement très différentes les unes des autres).

Ces qualités permettent au club de s'offrir à chacun comme un objet d'investissement *à sa mesure*. Ces investissements sont rarement immédiats. Sans doute faut-il être « sûr » du club avant de s'y inscrire (symboliquement). C'est-à-dire être sûr qu'il ne va pas s'effondrer lui-même au moindre mouvement, sûr qu'il ne va pas vous absorber ou vous dissoudre dans la masse. François Tosquelles exprime ainsi le vacillement induit par la rencontre des autres :

« La personne est toujours mise en branle dans chaque rencontre avec d'autres personnes. Ça éveille des pressentiments et des sentiments divers, tout un éventail de fluidités qu'on saisit comme le pathos vital à l'oeuvre chez chacun. J'ai dit ici la *mise en branle* de la personne, et pas seulement la *mise en question*. C'est-à-dire pas seulement le fait d'être interrogé et parfois jugé par les autres au moment de la rencontre. La personne se trouve remuée et remue ce qui advient des autres. Elle vacille, oscille dans les balançoires de la vie. »²⁹⁷

Le flux de sujets qui traversent le club, les places que chacun se trouve parmi les autres, modifient toujours sensiblement les équilibres à la fois des individus et du club. Ces inscriptions laissent des traces chez les autres et dans le lieu, traces que l'on peut retrouver et expliquer par leur histoire. Elle sont le reflet de la *mise en forme* du club et rejoignent l'idée d'*auto-production* dont le club fait preuve.

Cette capacité du lieu (et donc des personnes) à se laisser déformer est nécessaire pour soutenir, en tant que support de la trace, l'inscription de chacun.

5.3.3 Le club comme support d'inscription

Premiers signes d'inscription

Et cette inscription est parfois ténue. Monsieur O., qui fréquente le club depuis presque quarante ans, traverse la pièce en vitesse et marmonne un de ses Leitmotiv « Est-ce que j'ai ma place ici, est-ce que j'ai ma place ? ». Monsieur O.

²⁹⁷. TOSQUELLES, F., *De la personne au groupe - À propos des équipes de soin (1995)*, érès, 2003, p. 73.

inscrit sa présence, au sens propre, dès qu'il entre dans le club, en général parmi les premiers. Un simple mot « épanoui » avec la date et un petit soleil, toujours sur la même feuille A4 qu'il range très vite dans un des placards du club. Il ne la montre pas, ne demande pas à ce qu'elle soit lue, contrairement à Monsieur H. pour qui il est important que nous lisions à voix haute « le dessin de Bichou ». Il l'écrit systématiquement le lundi et retrace, autour d'un personnage stylisé au feutre, ses pérégrinations de la semaine dans la grande couronne parisienne, où il « dézonne ». Une routine nécessaire – même si elle le lasse parfois lui-même – mais qui produit sur lui un effet d'extase à entendre ses mots lus. Une sorte de ritournelle qui n'est adressée à personne en particulier, si ce n'est aux animateurs et stagiaires.

Ce sont des premières modalités d'inscription, au sens d'une écriture, une initiative singulière de la personne et dont la fonction peut être de constituer la trace matérielle d'une présence, à défaut qu'elle ne soit psychique pour le moment. Ou comme une prise à témoin qu'il y a une continuité « du temps », au travers d'une certaine façon de le scander, lorsque le sentiment de la continuité d'existence est précaire. Elle est au moins le signe intangible d'un « je suis là » (et « tu en es témoin » ou « le club en garde la trace »). Un signe qui peut constituer le premier stade d'un processus d'inscription psychique, à condition qu'il ne reste pas lettre morte, mais qu'il soit repris, musé au sens de Michel Balat²⁹⁸. C'est-à-dire qu'il soit mis en attente d'interprétation, mais dans une attente active de mise en relation à d'autres signes, par associations libres, une sorte de désordre duquel l'émergence d'une interprétation devient possible, et ce par quoi se laisse saisir l'équipe lors des « réunions de synthèse hebdomadaires ».

« Il y a des sortes de stéréotypies, des choses qui patinent, qui ne prennent pas - comme on le dit d'une sauce - parce qu'il y a défaut d'inscription. »²⁹⁹

Fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique

L'interprétation des éléments transférentiels que l'on élabore lors des réunions de synthèse hebdomadaire n'est pas forcément explicite. Mais du fait de la disparité de ces éléments (vis-à-vis de chacun de nous et des autres) et de la fragmentation de ce transfert, ces réunions conduisent toujours, si ce n'est à une unification de ces éléments en un *événement*, au moins à un mouvement de remise en question des rôles (de la personne, de nous, du lieu) que chacun s'est donné ou auquel il a été assigné. J'ai évoqué au chapitre 1 les théorisations de Bion d'un « appareil

298. Le texte de Marie Puc, dans les actes du cinquantenaire du club, reprend l'approche de Michel Balat, fondée sur la sémiotique de Charles Sanders Peirce, une approche que Jean Oury utilisait souvent pour décrire le processus d'inscription : Puc, M., « Table ronde - Le Club 50 ans plus tard », . In Le cinquantenaire du Club des Peupliers, 2010

299. OURY, *Corps, Psychose et Institution*, ed. P. Delion, *op. cit.* (cf. n° 66).

à penser les pensées » à partir d'*éléments bétas*, des éléments bruts perçus de notre environnement, des émotions qui n'ont pas encore de sens (page 29). Dans le cadre d'une institution, Pierre Delion, pédopsychiatre, désigne par la *fonction phorique*, cette capacité du collectif à « porter » la personne, et qui est comme « un espace, physique et surtout psychique, dans lequel ce qui est *non-lieu* va pouvoir devenir *événement* »³⁰⁰. La *fonction sémaphorique* qui se joue dans cet espace permet d'engrammer ces signes transférentiels (au sens de laisser une trace, une empreinte susceptible d'être réactivée). Dans un troisième temps, la *fonction métaphorique* est celle qui permettra le surgissement d'une interprétation – à un moment, c'est-à-dire au bout d'un certain « temps de transfert » – lorsque ces signes seront mis en relation avec l'histoire de la personne et prendront sens. À propos de la surface d'inscription qui est nécessaire à la fonction sémaphorique, Delion écrit :

« Il sera donc extrêmement intéressant de considérer notre équipe soignante comme une substance malléable qui se déforme pour être au plus près de ce qui vient du sujet psychotique et en même temps qui ne peut pas se détruire de le recevoir tout en conservant une trace de son "passage" sur sa feuille sémaphorique. »³⁰¹

Pour Monsieur H. ce temps a permis quelque chose d'irréversible qui a modifié son rapport aux autres, sa position texturale. En plus des dessins de Bichou, en effet, il s'est mis à adresser ensuite « un mot » à certains animateurs – un mot « pour ta maison » ou un mot « à déchirer maintenant que tu as compris ». Ce sont des mots qui, cette fois-ci, sont écrits en première personne, qui parlent de ses parents, de ses préférences dans la vie. Encore plus récemment, il a publié deux textes dans *Mentalo*, le journal du club. Un de ceux-ci décrivait en détail sa dernière visite au cimetière de Thiais sur la tombe d'une adhérente, très appréciée au club et morte assassinée il y a six ans, après qu'il ait découvert, qu'en fin de concession, ses cendres avaient été dispersées³⁰². Une de ses errance-dézonnages qui parle de la disparition et du temps et qui pourrait faire scansion.

Pluralité des modalités d'inscription

Des signes s'écrivent, dans le même sens, lorsque les animateurs inscrivent, à chaque ouverture, le nom des personnes présentes : « Vous écrivez mon nom ? Pourquoi, je préfère juste mon prénom ». Ou encore, lorsqu'il faut prévoir les choses un peu à l'avance et inscrire son nom sur une liste, pour participer à un repas, à une sortie, à un voyage. Dans ce dernier cas, la consistance de l'inscription dépasse celle de l'écriture, puisqu'en général il y a plusieurs propositions de destination, il faut donc argumenter, donner son avis en tenant compte de celui

300. DELION, PIERRE, *Soigner la personne psychotique*, Dunod, 2005, p. 111.

301. *Ibid.*, p. 112.

302. Monsieur H., « Hier, Bichou n'a pas vu les cendres de S. dans l'herbe à la division 102 à cause que l'herbe pousse », *Mentalo*, N°25, mars 2017

des autres, se mettre d'accord sur les dates, sur la participation financière qu'on va demander au conseil d'administration, s'engager en versant des arrhes avant une date limite, puis venir aux réunions de préparation, mais également avoir des papiers d'identité en règle, éventuellement un passeport, ce qui implique de fournir des documents officiels, et donc de se situer, au sein de sa famille, dans la société... Les effets sont multiples, non seulement sur l'autonomie réelle que cette expérience du voyage peut induire chez les adhérents (et notamment dans l'attention et l'entraide qu'ils s'apportent les uns aux autres, « embarquant » en quelque sorte les signifiants du club avec eux), sur l'événement que peut constituer cette expérience (Monsieur D. a pu s'acheter un voyage individuel pour la première fois après être parti « avec » le club), mais également pour les membres de l'équipe, lorsque nous considérons les compétences qu'ils sont capables de mobiliser au-delà de l'espace du club, sur la remise en question des représentations parfois rigides que nous pourrions avoir d'eux³⁰³.

Errance et fonction diacritique

Avant de pouvoir se faire une place quelque part, il faut déjà repérer les lieux, et pour cela il doit exister *des* lieux où les personnes puissent se reconnaître dans leur diversité.

« Le Club était un lieu où les vagabonds pouvaient se retrouver, le lieu d'une pratique et d'une théorisation du vagabondage, de l'éclatement, de la déconstruction-reconstruction. Il faut d'abord se séparer de quelque part pour aller ailleurs. Se différencier pour rencontrer les autres, les éléments ou les choses... »³⁰⁴

En arrivant ainsi, parmi d'autres qui pour la plupart se connaissent, certaines personnes errent un peu dans le vague ou circulent d'un espace à un autre, explorent, avant de découvrir la structure du lieu, repérer des points d'accroche, trouver une place, s'inscrire symboliquement quelque part. Et puis, à un moment, il se passe quelque chose.

« On s'est déjà rencontré au Passage non ?... C'est ça... et tu connais B., tu connais C. ?... Surtout ne leur dit pas qu'on va au club, je les aime bien, mais je préfère les voir là-bas. »³⁰⁵

Que s'est-il joué sur la scène du club pour Madame A. ? Arrivée il y a quelques mois parce que soi-disant « trop âgée » dans le lieu qu'elle fréquentait d'habitude, elle a d'abord été déçue qu'il n'y ait pas beaucoup de « jeunes » au club. Mais

303. Deux textes sur l'effet thérapeutique que produisent ces voyages sont consultables sur le site Internet du club (clubdespeupliers.fr) : SOUSLOVA, O., « Les voyages », . In *Le cinquantenaire du Club des Peupliers*, 2010 ; BESSE, L. DE, « L'entraide au Club des Peupliers », . In *Le cinquantenaire du Club des Peupliers*, 2010.

304. TOSQUELLES, *Chimères 1991*, *op. cit.* (cf. n° 264).

305. Échange entendu entre Madame A. et un autre adhérent. Le Passage est un GEM parisien.

elle a été ravie, et peut-être rassurée, d'y croiser là un ancien stagiaire qu'elle avait connu ailleurs et qui nous rendait ponctuellement visite à la fête de Noël. Madame A. parle beaucoup. Ses mots s'écoulent sans ponctuation, le regard fixe planté dans ceux de son interlocuteur et un léger sourire qui ne la quitte pas. Elle nous raconte *une* histoire de sa vie, dont nous avons de la peine à recoller les morceaux, insiste beaucoup sur son jeune âge (elle dit qu'elle a 16 ans ce qui est peu compatible avec ses expériences), s'est présentée à des animateurs sous deux prénoms différents. Très vite, elle a proposé aux personnes présentes de jouer à un jeu de cartes, ressemblant à la Bataille mais avec des règles tellement complexes qu'il lui a été de plus en plus difficile de trouver des joueurs. Son histoire était toujours aussi décousue, mais au moins, pendant ce moment, il était possible de parler à plusieurs, sans se sentir absorbé par son regard. Elle est ensuite revenue avec son petit ami, puis régulièrement il est venu la chercher une heure avant la fermeture avec un copain. Bien qu'initialement venus *que* pour la chercher, ils restaient et échangeaient avec les autres adhérents. Elle a proposé un jeu de Trionimo, sorte de jeu de Dominos triangulaires dans lequel il faut faire des figures, mais que personne ne connaissait au club. La première réponse qu'elle a obtenu était que nous n'avions pas ce jeu, mais ensuite, que l'on pouvait l'acheter. Elle s'est saisie de cette opportunité en proposant l'achat du jeu via un message dans la boîte-à-idée. Depuis elle joue régulièrement à ce jeu avec des animateurs et des adhérents. Madame A. a pu se créer un petit milieu au sein du club qui lui permet d'être là avec les autres à sa manière. Elle est plus constante à présent quant à son âge, elle utilise un seul prénom, au moins dans ce lieu là. Sa manière de parler de ses projets, de son changement de foyer, de son intégration prochaine en ESAT, est beaucoup plus ancrée dans la réalité. Peut-être lui aurait-il été plus difficile de se fabriquer ce « praticable » et de trouver cette position dans un lieu aux modes de fonctionnement plus balisés.

Agencer des « praticables »

Pour illustrer ce que peut être un praticable, prenons l'exemple du bar. Le bar est une activité totalement auto-gérée, dans le sens où le conseil d'administration ou l'équipe n'interviennent pas dans les achats ou la comptabilité et où les rentrées d'argent sont suffisantes pour les réapprovisionnements. Les adhérents (ou non-adhérents) payent leurs consommations dans une soucoupe d'où ils se rendent la monnaie et inscrivent sur un cahier le montant de ce qu'ils ont payé, ce qui permet de faire les comptes à la fin de la journée. A la demande, un responsable de la caisse, mais qui n'est pas forcément le trésorier du club, ou des co-responsables (c'est une fonction partagée) sont nommés par le bureau. Pendant un temps, Monsieur D. piochait dans la soucoupe du bar où chacun paye ses consommations et où il y a toujours quelques pièces. Lui-même se

plaignait de manière redondante de « ceux qui ne payent pas » ou de « l'argent qu'on lui a volé ». Il est devenu co-responsable de la caisse du bar (sans la clé pour l'instant). « Le poids de l'argent le leste » se dit-on en synthèse. Il s'est ensuite investi dans l'achat des goûters à la boulangerie et se voit donc confier pour ça une centaine d'euros en petites coupures... qu'il caresse en souriant, peut-être comme un signe qu'on peut lui faire confiance. C'est un exemple de ce que l'on peut structurer dans l'institution et qui permet de s'inscrire dans le lieu avec d'autres.

Le club offre non seulement une multiplicité d'opportunités de rencontres, en terme d'investissement objectal, mais aussi des scènes où peuvent se jouer ces articulations du sujet à ces objets. Ce que le club apporte alors, c'est un ancrage du fantasme dans la réalité, dans la mesure où ces scènes sont prises dans le contexte du club qui se rapporte à l'ensemble de la réalité et pas seulement à quelques secteurs privilégiés et dissociés du reste. Jean Oury appelle ce type de scène un « praticable ».

« D'où la nécessité de définir des praticables pour que réapparaissent des lieux, des espaces, des "scènes" : afin que la multiréférenciabilité transférentielle puisse se fixer, là. Pour que le transfert ne reste pas flottant, diffus, éparpillé et s'approprie un tenant-lieu de fantasme : plate-forme logique, phrastique, où s'esquisse un scénario, tapissant de façon précaire le réel mis à nu par le processus psychotique. »³⁰⁶

Les praticables sont des espaces délimités, espace au sens de scène où la personne peut se mettre en jeu ; des lieux où quelque chose d'unifié se produit dans la mesure où les signifiants du sujet dissocié peuvent s'articuler à ceux des praticables qui impliquent un contexte – de personnes et de lieux – beaucoup plus vaste.

Ce ne sont évidemment pas des espaces au sens géographique. Nous venons d'évoquer l'exemple du bar qui peut être le support d'une « socialisation de la métaphore délirante ». Mais c'est au quotidien qu'il s'y joue là des scénarios singuliers, notamment avec le cahier où chacun inscrit les consommations qu'il a payées ou ses dettes « à devoir » (Monsieur O. dépose – *ou bien prend* – 40 centimes pour son café en fonction de l'argent qu'il lui reste pour le week-end ; Madame M., "interdite de dette" pour avoir dépassé les bornes, avançant l'argument que « la tutelle payera ! », les écrit spécifiquement en très gros caractères). Un autre type de praticable peut simplement être « le programme », qui délimite dans le temps et *rassemble* dans sa reprise des activités qui ont été prévues au CA pour les 2-3 mois à venir (Monsieur D. se plaint régulièrement de ne « pas avoir reçu le programme », Monsieur Y. l'exige immédiatement alors qu'il est juste déposé à la poste car « il y a droit ! », Madame J. ne manque pas de signaler à chaque animateur « les erreurs » qui s'y sont glissées).

306. OURY, J., « Transfert et espace du dire », *L'information psychiatrique* 59 1983, Nr. 3.

Un dernier exemple est celui du journal *Mentalo*. Apparemment délimité par le support papier qu'il produit, il est aussi un praticable qui rassemble, non seulement en tant qu'il permet un espace d'échanges médiatisé par un thème précis (Monsieur G. y vient « comme à un café-philo » et Monsieur J. « pour relever le niveau des textes larmoyants »), mais aussi un espace ouvert, dans les ramifications qu'il entretient avec les autres ateliers du club, d'écriture, de peinture, de collage, et également avec l'extérieur du club, lorsqu'il est imprimé à l'atelier thérapeutique de l'ASM-13 (Monsieur D. insiste pour que ce soit lui qui aille les chercher) ou lorsqu'il est distribué par les adhérents dans ses différentes structures (Madame N. nous rappelle qu'elle veut les apporter en personne dans 3 ou 4 structures précises).

Pour qu'ils puissent être investis de manière efficace – c'est-à-dire qu'une multiplicité de scénarios puissent s'y jouer et que cela ait un effet unifiant pour des personnes dissociées – ces praticables doivent être différents les uns des autres (*i.e.* délimités dans les ambiances distinctes qui les animent), accessibles (*i.e.* qu'il y ait une réelle liberté de circulation) et ouverts (au contraire de clos sur eux-mêmes, ils doivent prendre sens dans le contexte du club).

« Socialisation de la métaphore délirante »

La trame du club, la diversité de ses membres, de ses activités, de modes d'ouverture/fermeture, dedans/dehors, permet un tissage singulier, où de multiples investissements peuvent être saisis pour faire contrepoint à une mélodie délirante. Ou encore, selon l'expression de Jean Oury, elle permet une « socialisation de la métaphore délirante », afin de pouvoir se tenir dans le monde ordinaire parmi les autres.

Nous venons d'en voir un exemple avec la responsabilité du bar. Quant à Madame V., artiste-peintre reconnue, qui cherche l'*os de la création*, ses médecins lui avaient interdit de toucher à la peinture car cela la rendait très délirante. Elle a demandé si elle pouvait peindre au club, comme une exception. L'équipe a appelé son psychiatre qui lui a autorisé cette activité. Mais pour que cela soit confronté et dialectisé, nous l'avons organisé autour de la responsabilité de l'atelier peinture. Cette gestion de l'atelier a permis à son activité de prendre consistance dans une réalité partagée. En contrepoint d'un débordement, son activité se trouvait alors bordée par cette responsabilité. C'est une socialisation de la métaphore délirante au sens où cet atelier ne peut pas se construire indépendamment du reste du monde : il y a un planning des ateliers annoncé dans le programme envoyé à 160 personnes, un budget à justifier en fonction des besoins et qui est voté par le conseil d'administration, des achats à faire, une présence au moment de l'atelier... c'est un exemple d'articulation du singulier

au collectif qui préserve sa solution subjective.

Responsabilités et suppléance

De par sa structuration associative, le club offre également différentes possibilités de prendre des responsabilités dans une des instances décisionnelles. Il est possible par exemple de se présenter pour être membre du conseil d'administration, voire du bureau de l'association, qui n'est constitué que d'adhérents. Ces positions peuvent permettre une forme d'inscription. Mais on se donne aussi la liberté d'utiliser des espaces qui ne sont pas obligatoires statutairement.

La fonction de *secrétaire-adjoint*, qui existe dans les associations 1901, a ainsi été utilisée lorsque Madame S., qui venait au club depuis plusieurs années, a été élue au CA puis nommée au bureau. Alors qu'elle se faisait toujours appeler par un pseudonyme, elle a dit ses vrais nom et prénom lors de la présentation de sa candidature au CA. Elle a fait la demande de « travailler au club » qui a été entérinée, mais elle avait beaucoup de difficulté pour écrire, au sens de "résumer", transcrire ce qui se disait et se décidait. La fonction de secrétaire-adjoint est venue en suppléance pour la soutenir dans cet investissement. Et cette nomination au bureau, postérieure au fait qu'elle ait dit son nom propre, est venue sceller son inscription dans le champ institutionnel et symbolique. Plus tard, elle a pu dire qu'elle était heureuse de travailler, qu'elle « se retrouvait », qu'elle « comptait mieux ».

Madame C., quant à elle, s'est saisie d'une autre façon de ces responsabilités administratives. Elle s'est rapidement inscrite dans le lieu en tant que membre du conseil d'administration, mais elle venait très rarement. Puis elle a demandé à ne plus en faire partie. En contrepartie, elle est venue plus souvent au club et a parlé davantage. Le fait est qu'elle a eu besoin de cette modalité d'inscription initiale, et a su s'en désaisir, pour ensuite investir le lieu autrement et trouver sa place au club d'une manière plus singulière.

5.3.4 Maintenir l'hétérogénéité

Se retrouver au sein d'un groupe ne va pas de soi. A moins de trier les personnes en fonction de leur pathologie ou de leur degré de délire, il se produit toujours une stigmatisation de celui qui est différent ou plus fou que les autres. Dans certains groupes cette sélection est « naturelle » – par certains regards, commentaires ou isolement. Les plus malades ne les fréquentent simplement plus et ces groupes fonctionnent très bien. Ce n'est pas ce qui est recherché au club. Certes la diversité des profils des personnes qui le fréquentent pose problème, mais ce n'est pas un problème insoluble. Au contraire, cette hétérogénéité est une richesse que nous cherchons à entretenir.

On peut dire que c'est une richesse car elle peut être considérée comme ce que Tosquelles appelait une « polyphonie désirante ». Elle crée des champs

de contrainte extrêmement variés... qui peuvent donc agir sur les personnes comme des sollicitations ayant un effet thérapeutique quelle que soit leur « texture ». A condition toutefois de maintenir cette hétérogénéité, cette pluralité des personnes et donc des désirs singuliers. Travailler dans la dialectique du désir consiste notamment à ne pas se laisser glisser à répondre à une demande qui vise à combler un manque dans le registre du besoin. Si le désir est inscrit dans la demande on n'a, en revanche, accès qu'à cette dernière. La *fonction diacritique* consiste donc aussi à distinguer ce qui dans les demandes est de l'ordre du désir.

Le désir et la demande

D'un point de vue psychanalytique, Jacques Lacan distingue le registre du besoin, de la demande et du désir. De Freud, il reprend que la « trace mnésique » que crée la première satisfaction du besoin – comme le sein que la mère présente au bébé qui pleure ou gesticule – constitue une réponse à quelque chose qui n'est pas encore de l'ordre de la demande : le bébé ne sait pas vraiment de quoi il a besoin lorsqu'il ressent des tensions qu'il n'assouvit ainsi que corporellement. C'est la mère qui interprète les signes de son enfant comme une demande. Si elle agit de manière adéquate, c'est-à-dire par une attention inconditionnelle à son bébé, elle ne répond pas seulement à un besoin, mais lui apporte également un « en-plus » d'amour. C'est précisément cette expérience initiale de satisfaction, cet en-plus, cette jouissance, qui sera recherché ensuite dans la demande de l'enfant. Mais une demande qui vise désormais nécessairement à côté de son but, puisque ce qui est recherché n'est pas la satisfaction d'un besoin réel mais cet en-plus inattendu. Lacan écrit que « le désir s'ébauche dans la marge où la demande se déchire du besoin »³⁰⁷. Dès qu'elle émerge, la demande n'a donc plus rien à voir avec son objet apparent. L'objet de la demande en cache un autre, définitivement perdu, que Lacan appelle l'*objet a* et qui est l'objet (et la cause) du désir. La satisfaction du besoin exprimé dans la demande ne fait alors qu'écraser la demande d'amour et empêche l'accès à cette autre chose qu'elle contient³⁰⁸.

Paradoxalement, il y a des moments au club où il n'est pas besoin d'exprimer une demande pour obtenir satisfaction. Le moment du goûter, où deux ou trois personnes partent acheter des gâteaux à la boulangerie pour la vingtaine de personnes présentes, est généralement une surprise pour ceux qui viennent pour la première fois : « Moi aussi j'y ai droit ?... et c'est gratuit en plus... ». Il y a souvent un moment de doute lorsque D. s'approche d'eux, avec son air bourru et sa diction incertaine, leur tendant la liste et le stylo bille : « Et toi, tu veux quoi ? ». C'est une expérience d'accueil inconditionnel où l'on retrouve cet « en-

307. LACAN, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. » In *Écrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 814.

308. *Idem*, « La signification du phallus », In *Écrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 691.

plus », cet « au-delà » du besoin, qui est apporté par l'Autre, ici le club. Cette fonction d'accueil est alors assurée par un volontaire pour faire « la liste » des prénoms et des gâteaux (et parfois par des stagiaires, déconcertés par l'a-typicité du lieu dans les premières semaines et qui trouvent là une interaction clairement médiatisée).

Travailler dans le registre du désir et pas dans celui du besoin, signifie d'être attentif à ce qui s'articule de l'histoire du sujet. Autrement, il ne peut pas y avoir de *fonction métaphorique* efficace. Par exemple, lorsqu'il s'agit de choisir un restaurant ou le menu d'un repas fait au club, on entend des arguments comme « C'est un buffet à volonté... Ce restaurant est cher, on ne pourrait pas se le payer sans le club... On avait bien mangé, on y retourne ? » ou bien « Cette recette que je connais mais que je ne fais jamais pour moi toute seule... Ce gâteau, spécialité de ma région... Ce restaurant où j'allais avec mon père ». Si les choses sont laissées à la voix de la majorité, on peut très vite dériver vers un club administrateur de biens, qui répond à une demande en inflation qui ne se situe que dans le registre de la satisfaction d'un besoin. Cela n'empêche pas que le restaurant le plus cher et le plus copieux puisse être celui où Madame C. allait avec son père.

Dans de nombreuses institutions, ce glissement n'est ni repéré, ni travaillé. Il est même souvent soutenu au nom du « respect de la parole de *la* personne accueillie »... Mais où est la singularité dans ce « *la* » ? Où est la parole si l'on entend que le besoin dans la demande ? Les professionnels qui tentent d'infléchir ce mouvement se voient généralement répondre que « Ce sont les résidents qui l'ont demandé ! » par une direction d'établissement qui se satisfait elle-même d'une immuabilité rassurante.

Travailler avec ce qui compte vraiment pour la personne demande une attention soutenue à la singularité de chacun. Comment soutenir la proposition de Monsieur J. d'une sortie au Parc Floral à la fin de l'été, pour écouter un concert de jazz assis dans l'herbe, face à celle de Monsieur R. qui fait saliver l'assistance avec un restaurant gastronomique « qui a déjà fait ses preuves, où nous étions 20 la dernière fois : ça plaît à tout le monde ». Heureusement, en l'espèce, le fait que nous y soyons déjà allés permet d'influencer sensiblement les débats. Que des animateurs prennent la parole pour soutenir une petite voix fait aussi que d'autres adhérents ou non-adhérents s'autorisent à le faire, ce qui n'est pas toujours évident devant un pré-conseil d'une trentaine de personnes, surtout s'il est animé par un président qui choisit l'option soi-disant démocratique du vote immédiat. Pourtant si la proposition de Monsieur J. est considérée par les autres, si elle est discutée, votée par le conseil d'administration, c'est une succes-

sion d'inscriptions qui se profilent, par le fait même de cette discussion, par son inscription dans le programme qui sera envoyé à tous les adhérents, par ce qu'on pourra en dire après, par les micro-anecdotes qui seront reprises par les uns et les autres, par les nouvelles que ceux qui n'y sont pas allés en demanderont. C'est une nouvelle position parmi les autres et pour lui-même que Monsieur J. peut saisir. Le collectif peut très bien s'articuler au singulier sans tomber dans le dénominateur commun, si facile à obtenir, mais qui n'aurait pour effet que de clôturer, de fermer le lieu sur lui-même. Il arrive que l'on maintienne un atelier pour une seule personne, que seuls deux ou trois adhérents participent à une sortie accompagnée. Cela compte.

5.3.5 Institutionnalisation d'une nouveauté

Dans cette dernière partie sur le club, nous donnons un exemple d'institutionnalisation qui montre la façon dont le club peut s'auto-produire.

L'institutionnalisation se fait toujours en articulant le singulier au collectif. Nous prendrons ici l'exemple du « Hors-Club ». Les Hors-Club sont des points de rendez-vous en dehors du club lors des périodes de fermeture, qui se sont institués progressivement. Cette ramification du club à l'extérieur du club, comme l'indique la présence du signifiant *club*, montre aussi comment l'institution dépasse l'établissement du « 22 rue de la Glacière ». Mais en plus de la distinguer comme une extériorité du club, l'exportation du signifiant "Club", repris dans "Hors-Club", permet d'introduire également dans ce lieu sa fonction structurante de tiers entre les personnes qui y participent :

« Au bout du compte, la consistance du lien entre le *Hors-Club* et le Club se condense dans la seule présence du signifiant *Club*, et du trait d'union, dans la nomination *Hors-Club*, signifiant dont la fonction de Tiers n'en est que plus présente entre les participants au *Hors-Club*. Et ça tient ! »³⁰⁹

Le Hors-Club existait, pendant les vacances d'été et à Noël. Il avait lieu sous la forme de points de rendez-vous entre adhérents au MacDonald du coin, rendez-vous qui donnaient éventuellement lieu à des activités, décidées par affinités. Mais le remboursement d'un « forfait Hors-Club » est le résultat d'une demande d'un des adhérents.

Il s'est trouvé que peu avant les vacances de Noël, certains adhérents ont demandé une participation financière du club pour aller à Euro-Disney pendant la fermeture. Celle-ci a été votée par le conseil. Suite à cela un adhérent a spontanément rapporté la facture d'une de ses sorties pendant les vacances d'été en demandant une participation. Sa proposition a cheminé dans les instances du club pour finalement se pérenniser sous la forme d'un forfait de 25€ rembour-

309. PRUNGNAUD, *Du Club au "Hors-Club" ou "la Bande à Moebius"*, *op. cit.* (cf. n° 291).

sable pendant la fermeture d'été.

Le Hors-Club s'est ensuite étendu, au sein même du club, puisque depuis 2010, il y a les « Dimanches du Hors-Club ». Madame G. en parle comme d'un espace commun de création où « l'esprit est un peu différent, cependant très influencé par le lieu et l'aura du club ».

D'abord une fois par mois pendant un an, puis deux dimanches par mois, depuis maintenant plusieurs années, une dizaine de personnes et récemment presque une vingtaine, qui ne sont pas toujours les mêmes, se réunissent dans les locaux du club, l'après-midi, sans la présence d'animateur. Deux d'entre elles, volontaires, sont responsables des clés du local et de la caisse dédiée à ce Hors-Club qu'elles prennent la veille. Un budget de 30€ est alloué à ce moment que les adhérents dépensent, après une discussion entre eux, pour acheter un goûter. L'évolution de ce Hors-Club se fait de manière progressive et continue selon plusieurs aspects : passage d'un dimanche à deux dimanches par mois, suite à la proposition d'un adhérent lors d'un pré-conseil ; discussion sur le report possible d'un dimanche sur l'autre des économies réalisées, afin de disposer d'une somme de plus de 30€ pour un projet construit ; distanciation d'avec l'équipe, puisqu'au départ, un des animateurs téléphonait à l'ouverture et à la fermeture, et qu'aujourd'hui, la liberté est laissée aux adhérents présents d'appeler s'ils le souhaitent.

« Ainsi l'opposition classique : à l'intérieur du Club et à l'extérieur du Club ne rend plus compte du rapport à cette structure. Depuis la création des *dimanches du Hors-Club* dans les locaux du Club, il y a un cheminement particulier possible que l'on pourrait appeler *du Club au Hors-Club ou la bande à Mœbius*. Cette topologie mœbienne, à laquelle se réfère Jacques Lacan pour représenter l'inconscient, s'obtient par la demi-torsion de l'extrémité d'une bande de papier, jointe à l'autre extrémité. Ainsi une surface à un seul bord et une seule face est créée : pas de frontière entre endroit-ensers, intérieur-extérieur et de ce fait le *Club/Hors-Club* constitue un ensemble ouvert. Les personnes effectuant ce cheminement se retrouvent donc au même endroit mais pas de la même manière : les professionnels manquent... De fait, le rapport des participants au *Hors-Club*, entre eux et vis-à-vis de la structure Club, se trouve modifié (voire subverti...) dans la mesure où les modalités de leur présence et de leur inscription dans ce même lieu ont, mine de rien, changé de contexte. Et ce changement, dans la (sur)détermination de leur présence, peut être à l'origine d'une perception différente d'eux-mêmes, et des autres, en tant que sujet, effet majeur de ce

trajet et de ce "processus de singularisation institutionnel"³¹⁰ pouvant aboutir à une élaboration, voire une résolution, du transfert institutionnel. »³¹¹

Au contraire de « la jungle » qu'avait prédite une adhérente, le contexte de ces dimanches, dont nous entendons des échos par ceux qui y participent, est généralement paisible. Une adhérente qui explique un peu confusément ce qui se passe au Hors-Club, conclut par : « On vit, quoi ! ». En pratique, les adhérents se sont spontanément plus ou moins calés sur le mode de fonctionnement des heures d'ouverture. Ils inscrivent le nom des personnes présentes dans un carnet, tiennent les comptes des dépenses et recettes dans une caisse dédiée au Hors-Club. Des personnes relativement nouvelles y participent. Monsieur P., qui fréquente le club depuis trois ans, considère comme un événement le fait de s'être porté volontaire pour être responsable des clés. Il le lie à un cheminement qu'il a fait dans ce lieu : « Avoir fait l'atelier collage, ça fait qu'après j'ai pu prendre les clés du Hors-Club. Ça remet dans le réel ». Tout cela n'empêche pas que des désaccords ou même des conflits puissent exister. Une année, cela a été le cas pour « la fête de Noël du Hors-Club » que les adhérents voulaient organiser avec l'argent qui n'avait pas été totalement dépensé les dimanches précédents, et qui était de l'ordre de quelques centaines d'euros. Certains étaient d'avis, qu'afin de prévoir la quantité de denrées à acheter, il faudrait s'inscrire avant le dimanche de la fête, ce qui changeait tout de même la fonction d'accueil du Hors-Club. D'autres, allant plus loin, ont suggéré que seules les personnes ayant déjà participé au Hors-Club – autrement dit, ayant déjà participé aux économies faites par le Hors-Club – pourraient y venir... transformant presque ce lieu en un petit royaume. Cependant, une solution a été trouvée entre les personnes présentes, on pourrait dire *en référence* au fonctionnement du club, avec une intervention minimale des animateurs. En l'occurrence l'esprit du Hors-Club a été maintenu, tout ceux qui le désiraient ont pu y venir, l'inquiétude de certains et ce passage par une position hystérisée a fait que la publicité en a été augmentée, il y a eu beaucoup d'échanges à ce propos, des aller-retours au supermarché du coin le jour même.

Le Hors-Club est aussi un exemple de praticable « précaire », qui peut se rétracter, reprendre. Dernièrement, il n'y en a pas eu pendant plusieurs mois. Il se trouve que personne ne s'est porté volontaire pour prendre les clés (ce qui implique aussi d'être là du début à la fin de l'ouverture... et de dépasser la notion de *responsable* dans *responsable des clés*). Et puis cela a repris très récemment, à l'initiative d'une adhérente qui se sentait très envahie chez elle et ne voulait pas risquer de se faire hospitaliser. Elle a d'abord demandé à prendre la respon-

310. OURY, J., GUATTARI, F. et TOSQUELLES, F., *Pratique de l'institutionnel et politique*, Ed. Matrice, 1985.

311. PRUNGNAUD, *Du Club au "Hors-Club" ou "la Bande à Moebius"*, *op. cit.* (cf. n° 291).

sabilité de l'animation de l'atelier peinture, qui était vacante à ce moment, puis s'est investie dans les dimanches du Hors-Club, en entraînant d'autres.

Cette évolution dynamique et non linéaire, faite de décisions mais aussi de bifurcations liées à des contingences, dessine peu à peu, et avec sa propre temporalité, la forme que pourrait avoir un futur GEM sans animateur adossé au club des Peupliers.

5.4 Plasticité institutionnelle

Dans cette dernière partie, on utilise les notions de la plasticité cristalline, présentées au chapitre 3, pour décrire les processus d'auto-production de l'institution afin de mieux cerner ce que serait la « plasticité institutionnelle », en tant que condition d'émergence du sujet.

5.4.1 La « texture » du club

Distinctivité et « orientations » des praticables

La distinctivité des espaces, des praticables, en terme d'ambiance peut être interprétée comme une diversité d'*orientations* de ces espaces.

On rappelle qu'une orientation (ou un *rapport au monde*), telle qu'elle a été définie au chapitre 3 en cristallographie, est un rapport entre deux référentiels : l'un lié à l'objet et l'autre, fixe pour l'ensemble du champ des objets.

Si l'on considère le champ des praticables que constitue le club, on peut dire que chacun de ces espaces possède une orientation différente. Ceci peut s'entendre dans le sens où chaque praticable possède ses signifiants locaux et forme pour la personne un contexte différent des autres dans sa manière d'être au club (les samedis se déclinent en « amicales » au club, en « amicales-sorties » seuls, en « sorties » avec un ou deux animateurs, en « grande sortie » avec *tous* les animateurs). Cette distinctivité est d'abord ce qui confère à ces praticables une accessibilité, en fonction des préférences de chacun, soit, de leur propre texture. Elle rend possible de se saisir des lieux. Elle est ensuite ce qui permet une circulation qui ait du sens, c'est-à-dire qui permet de changer de positions subjectives et de suivre ainsi un cheminement singulier (si tous ces espaces se ressemblaient, il n'y aurait aucun sens à circuler de l'un à l'autre).

Une texture « isotrope »

En terme de texture, et en conséquence de cette hétérogénéité des espaces, le club possède une texture « isotrope ». C'est un constat qui vient du fait qu'il n'y a pas d'orientations préférentielles, mais une multitude de lieux orientés différemment.

Un milieu isotrope possède la propriété de réagir avec la même intensité à des sollicitations venant de directions différentes. Au club, les sollicitations – ce qui agit comme des contraintes au sens physique du terme, c'est-à-dire à même de le déformer – viennent des personnes, de leurs fantasmes, de leur manière de s'articuler au lieu. Il me semble donc que cette propriété d'isotropie soit à rapprocher de la fonction d'accueil, du fait que presque tous ceux qui le fréquentent aient la possibilité de trouver ou de se faire une place au club.

Par opposition, un milieu avec une forte texture serait constitué d'espaces qui fonctionnent à peu près tous selon les mêmes modalités (dans certains institutions cela est confondu avec la *cohérence* par exemple) et parmi lesquels la circulation serait limitée (ce qui est parfois défendu au nom du fait qu'il faut bien *prévoir*, que c'est une question d'*accueil*, voire de *sécurité*). En pratique, un lieu avec une texture marquée se réfère souvent à une norme, ou à un discours institué qui lui donne sa forme (par exemple une injonction à la conformité donnée au départ par une agence régionale de santé, mais qui colonise peu à peu le mode de gestion du lieu au quotidien). Mais cette texture pourrait aussi venir d'une visée que le lieu s'est donné, comme la réhabilitation ou la stabilisation. Ce sont alors des orientations communes que l'on retrouve dans les différents espaces de ces institutions (visant l'occupationnel au travers des activités, visant la réinsertion...). On retrouve dans les deux cas l'idée d'une téléologie, d'un Autre qui guide la façon d'être dans cet espace, et donc nécessairement l'oriente. Ce n'est pas l'hétérogénéité des personnes qui crée le lieu. Les praticables ne sont pas pensés en fonction de cette hétérogénéité. Notons que la texture peut aussi être marquée si le milieu est laissé à l'abandon, s'il n'est pas travaillé, en particulier si la fonction d'accueil est défaillante et qu'il se transforme en un regroupement de personnes qui se ressemblent.

Dans tous les cas, si la texture est marquée, le passage d'un lieu à un autre ne peut rien produire, puisque le contexte des différentes parties est le même. Ce qui compte alors n'est plus tant le passage d'un lieu à un autre que l'*adaptation* au type de lieux du champ texturé. Cela ne pose pas de problème si la visée poursuivie par la personne est la même que celle de l'institution et si elle peut également circuler au sein d'autres lieux, en tant qu'espaces texturés différemment.

« Déformabilité » des praticables

Le passage, en terme de changement de position subjective au club, peut se faire au sein même d'un atelier. Par exemple, Madame M. participait à l'atelier peinture sur soie avec d'autres personnes. Lorsque le responsable de l'atelier a déménagé, la fréquentation de l'atelier a chuté mais elle s'est sentie capable de continuer à peindre seule au club. Puis une personne qui l'avait vue, l'a rejointe

et lui a demandé de lui apprendre. Madame M. a donc changé plusieurs fois de positions, et l'atelier fonctionne sans pour autant qu'elle soit devenue « responsable de l'atelier » car elle ne le désirait pas. Dans d'autres institutions plus traditionnelles, plusieurs blocages auraient pu inhiber ce mouvement (présentés selon divers arguments soi-disant raisonnables ou logiques : "l'atelier ne peut pas avoir lieu parce que l'animateur n'est pas là", "on ne maintient pas un atelier pour une seule personne", "l'atelier ne peut pas fonctionner sans responsable"...). Cet atelier n'aurait pas pu se transformer de manière contingente et permettre à Madame M. de s'y positionner singulièrement selon différentes modalités. Ce qui lui a permis de le faire, ce sont justement les lacunes que présentait cet espace (manque de responsable, de participants, de formateur) qui n'ont pas été obturées et le fait que l'institution supporte (promeuve) que l'orientation d'un atelier puisse se modifier en fonction des personnes qui le fréquentent.

Conjonction d'une texture isotrope et de déformabilité

Dans le monde des matériaux cristallins, une « texture isotrope » n'est pas ce qui est le plus commun. Il se dégage en général naturellement une ou plusieurs orientations préférentielles qui viennent de la façon dont le cristal s'est solidifié ou de l'histoire des déformations qu'il a subies. Il est plus courant de fabriquer une texture isotrope à partir d'une poudre, en élaborant une forme à partir d'un agrégat de *fragments microscopiques* de matière. Mais cette image ne correspond plus à celle d'un club, car les fragments de matière poudreux sont alors si petits qu'ils en deviennent « impraticables », au sens où ils sont indéformables. La façon dont se déforment de tels matériaux à grains ultra-fins n'est, en effet, plus celle qui a été décrite au chapitre 3. La plasticité ne se traduit plus par le glissement de dislocations qui peu à peu dessinent une structuration dans chaque grain, car ils sont trop petits (les cellules de dislocations auraient la taille du fragment). Dans ces matériaux la déformation se produit, au contraire, par des rotations et translations ; les cristallites roulent les uns sur les autres comme du sable, mais ne se déforment pas. La texture change (puisque les grains tournent), mais les fragments ne se dé-structurant plus sous l'impact des sollicitations, ils ne stockent pas d'énergie, n'atteignent pas d'état métastable, et ne sont donc pas susceptibles de restructuration ultérieure (par recristallisation par exemple). Cela ne correspond pas à ce que l'on observe au club, car les praticables peuvent au contraire se déstabiliser et se transformer dans des formes nouvelles (comme l'atelier peinture sur soie, et, de façon plus claire encore, comme le Hors-Club). Finalement si la texture isotrope est obtenue par un agrégat de matière à l'échelle microscopique, on se retrouve plutôt dans ce que Oury, s'inspirant de Sartre, décrit comme une sérialisation pratico-inerte, sans lien entre les éléments de l'agrégat, ni de capacité à se transformer.

Nécessité d'une échelle « mésoscopique »

Il n'est pas possible non plus d'obtenir une texture isotrope à partir d'éléments de matière trop grossiers car alors nécessairement, la texture présenterait des orientations préférentielles (la limite étant le monocristal, avec une texture qui tend vers l'infini). Ce n'est donc ni l'échelle microscopique, ni macroscopique qui convienne pour décrire le champ de praticables d'un club.

Le premier cas (grand nombre de cristallites microscopiques) correspond à un degré d'entropie élevé, caractérisé par un champ homogène et désordonné mais qui ne présente pas de "différence qui fasse une différence" selon la direction du regard. Le second cas (petit nombre de cristallites macroscopiques) est au contraire très ordonné, l'entropie est minimale, mais l'ensemble est très prévisible.

Le club semble davantage correspondre à une échelle intermédiaire, *mésoscopique*, où le champ est constitué d'une multiplicité de cristallites désorientés les uns des autres. Cela signifie donc que l'obtention d'une texture isotrope, dans un champ qui reste praticable, exige de « maintenir un ordre » (ce qui se réfère à la notion de *distinctivité*, de différences d'orientation entre les lieux, et pas à un ordre « précis » comme dans les lieux traditionnels qui se réfèrent à un discours) « mésoscopique » (ce qui se réfère à la notion de *multiplicité*, de nombre de lieux distincts qui ont une taille minimale nécessaire par rapport à l'ensemble pour accueillir en leur sein un processus de déstructuration-restructuration).

Espaces délimités et ouverts

Maintenir un ordre mésoscopique est un travail, car le système est toujours soumis aux sollicitations des personnes qui évoluent en son sein. Il y a toujours un risque que les domaines se fragmentent totalement (en micro-domaines qui n'ont plus de rapport entre eux) ou au contraire s'homogénéisent progressivement. Le travail consiste donc à maintenir des praticables bien délimités (distincts du reste), mais avec des frontières poreuses, ouvertes, au sens de la fonction d'accueil, à ceux qui peuvent par là-même le déstabiliser. L'idée étant que ce praticable, une fois déstabilisé, peut être reconstruit dans le même temps où les personnes se reconstruisent elles-mêmes. Peu importe l'ambiance, au sens commun, du praticable, ce qui compte, c'est qu'il soit déformable pour agir en tant que support transférentiel, qu'il garde les marques du passage des sujets. S'il n'y a pas d'ouverture au travers d'une circulation des personnes (de ce qu'elles peuvent y faire, des remises en question, des conflits que cela crée), on tend à créer un système clos, homogène en ce qui concerne la texture des personnes qui le fréquentent. Du point de vue des sciences physiques, ce type de systèmes évolue vers une entropie maximale en tout point « pareil » : un entre-soi inflationniste dans sa demande, qui peut être agréable pour un temps, mais qui est analogue à la pulsion de mort, à un désordre, au sens de l'homogénéité du

« retour à l'inorganique ». Le mouvement entropique disperse ce qui est autre, ce qui est différent, dans de l'identique. Le système évolue vers un équilibre stable. Au contraire, en luttant contre ce mouvement naturel, c'est-à-dire en conservant une ouverture dans cet espace délimité, on peut maintenir une différence de points de vue interne, une hétérogénéité qui est indispensable à toute transformation ultérieure, au sens où elle crée une métastabilité.

5.4.2 Mécanismes d'auto-production

Maintien d'une « métastabilité »

Nous avons vu au chapitre 1 qu'un système qui se trouve dans un « équilibre métastable » est un système stable mais dont le niveau énergétique est *proche* d'une position d'instabilité.

Par opposition, les systèmes dans un « équilibre stable » sont des systèmes morts, inanimés, pour lesquels le niveau d'énergie est le plus bas possible et l'entropie maximale. Ils résistent à toute perturbation. À l'autre extrême, un système dans un « équilibre instable » est susceptible d'évolution pour une perturbation infinitésimale. Aucune de ces deux positions d'équilibre n'est souhaitable pour une institution, car soit il ne s'y passe rien, soit elle ne présente aucune consistance. La métastabilité, en revanche, place le système à un niveau énergétique où il reste stable pour de petites perturbations, mais peut se reconfigurer au-delà d'un certain seuil de sollicitation. On a vu au chapitre 3 que la métastabilité s'acquerrait dans les cristaux par réaction à des contraintes externes ou internes, au travers de la multiplication des dislocations dans la structure. Une sorte de désordre qui s'installe en laissant des traces, tout d'abord enchevêtrées, mais qui s'organisent et dessinent une structuration dans le polycristal.

On pourrait donc supposer, en ce qui concerne l'institution, qu'elle ne peut atteindre un état métastable qu'à la condition qu'elle se laisse affecter par les sollicitations qu'elle subit. Ici institution doit s'entendre au sens large de tout ce qui compose le lieu, essentiellement les personnes, professionnels ou adhérents, praticables, normes locales, espaces ou objets matériels. La plasticité institutionnelle résiderait alors dans le fait que le lieu se laisse déformer par les personnes, au sens où il en conserve la trace. Le lieu se fait support d'inscription afin de soutenir la métastabilité propre à chacun. Au club, des fragments de traces s'écrivent à chaque fois que les personnes se saisissent des multiples objets que le club propose. Ces traces enchevêtrées prennent sens, c'est-à-dire qu'une structuration se dessine, à partir du moment où elles s'inscrivent en rapport avec les autres signifiants (de la personne, et du club par suppléance, qui donne consistance à cette trace).

Cette capacité à être support de traces pour maintenir sa métastabilité globale serait comme la sous-jacence pour qu'une transformation individuelle puisse se

produire. Au moment où le système métastable présente une structuration qui a du sens, un changement de position subjective devient soutenable. Mais il faut encore que le système métastable soit déstabilisé.

Agitation et flux de sujets

La déstabilisation d'un système en position métastable nécessite une perturbation. Nous avons vu dans les cristaux que cette déstabilisation (l'apport de l'énergie seuil d'activation dans la Figure 1.1, p. 10) se faisait par un flux thermique ou magnétique qui traverse le système et "agite" la structure en augmentant le mouvement brownien des atomes. Cette agitation n'est que le *déclencheur* de la transformation, la *forme* que prendra celle-ci étant déterminée par la structuration inscrite dans le cristal, reflet de son histoire.

Au club, on peut considérer que ces sollicitations sont celles qui proviennent des personnes qui le fréquentent et interagissent avec le lieu et entre eux. Ce sont des sollicitations au sens de Tosquelles qui parle de la "mise en branle", du "vacillement" subjectif, induit par la rencontre des autres et du lieu où l'on fait instantanément l'expérience de la liberté, du choix, de la diversité, des échanges, des décisions à prendre, et qui ont un rôle *réel* dans la vie quotidienne du club. Parce qu'il permet cette circulation d'individus et qu'il offre une multiplicité d'objets transférentiels (personnes, lieux, choses) auxquels les personnes peuvent progressivement s'articuler, on peut dire que les praticables du club sont traversés par un flux de sujets. Ce flux est à l'origine de rencontres qui peuvent avoir un effet déclencheur de sens (ou peut-être pourrions nous dire d'*analyste*, le terme utilisé en analyse institutionnelle, lorsqu'une personne ou un événement, remet en question l'ordre établi).

Si l'état du lieu, du praticable, des personnes, est métastable, alors ce flux peut déclencher une transformation où « il se passe quelque chose », à la fois pour la personne et pour le lieu.

Reprenons ce qui vient d'être exposé avec l'exemple de l'institutionnalisation du Hors-Club. Nous avons vu comment les *dimanches du Hors-Club* ne s'étaient pas improvisés ex-nihilo, mais avait suivi un chemin ponctué de demandes et de décisions. Cette extension du club s'est faite à partir d'une trace, en l'occurrence la trace laissée chez certains par l'absence de club pendant de longues semaines de vacances. Cette trace forme le contexte de ce qui va se passer. Elle fait partie de la sous-jacence. En en parlant, en échangeant à ce sujet, la trace se structure. Les vagues signes de manque sont reliés au fait que beaucoup ne partent pas, mais restent dans une certaine proximité à Paris, n'ont pas le courage de s'appeler les uns les autres pour se voir, pas d'idée "intéressante" à proposer, plongent dans un certain retrait... À partir de cette trace, un germe – en tant que praticable qui peut prendre sens dans ce contexte – se constitue :

les points de rendez-vous en dehors du club en période de fermeture. Libre à chacun de faire ce qu'il veut ensuite, à plusieurs ou seul. Ce germe a pris ensuite une consistance financière en lien avec une personne qui a demandé un remboursement d'une de ses sorties, car sa demande s'articulait bien aux signifiants du praticable. Elle avait du sens dans ce contexte. C'est donc bien l'articulation d'une personne à un objet du praticable qui a perturbé celui-ci et déclenché sa transformation. Mais cette personne n'a pu le faire que parce qu'elle a senti que cela *pouvait* se faire (une sortie à Euro-Disney ayant fait l'objet d'une participation du club pendant les vacances précédentes). Il y avait donc une antériorité, comme un index de la métastabilité de ce praticable, qui a permis, au cours de ce processus, l'institutionnalisation du « forfait Hors-Club » de 25€ remboursés sur justificatifs. C'est après cette actualisation de la sous-jacence, que cet espace s'est étendu dans le local du club aux « dimanches du Hors-Club », formant encore un nouveau contexte à la présence de chacun.

Développement d'un germe

Il n'est pas possible de savoir à l'avance ce qui va pouvoir se constituer comme un germe, puisqu'il est question de traces qui placent le milieu dans un équilibre métastable, de structuration de ces traces, et de déclenchement d'un mouvement à partir d'une perturbation.

Dans le phénomène de recristallisation, on a vu que le germe était présent dans les traces qu'avait laissées la déformation sous forme d'une cellule de dislocations. Le fait qu'il y ait des cellules sous-entend qu'il y a eu une première structuration des dislocations d'abord enchevêtrées. Cette cellule, en tant que telle, ne se distingue en rien des autres cellules de son entourage. C'est le contexte qui lui confère le statut de germe, en tant que l'articulation qu'elle présente avec ce qui l'entoure est une forte désorientation³¹². Lorsque son mouvement est déclenché, la croissance du germe se fait aux dépens de son milieu et, par conséquent, le modifie. Le *contexte* d'une cellule est donc la cause de la germination et en même temps il est actualisé par cette transformation.

Nous venons de voir avec l'exemple du Hors-Club comment l'actualisation du contexte peut être à l'origine de nouvelles demandes et décisions qui modifient à nouveau le contexte. Le processus de recristallisation ressemble à un paradigme de ce qui est à l'oeuvre au club, où « chaque personne est pièce et "combustible" de la machine abstraite qui l'auto-produit ». Ce sont les singularités perturbatrices qui constituent le club, qui, en modifiant les objets et praticables du club via leur articulation à ces objets, prennent une position subjective nouvelle. Cela n'empêche pas que des personnes puissent trouver un point d'accroche, que leur

312. Si la cellule est faiblement délimitée de son entourage (comme c'est le cas dans les cristallites ductiles, au contraire de ceux qui se fragmentent), c'est-à-dire si elle est faiblement désorientée, alors sa mobilité est faible, et la vitesse de migration de sa frontière sera quasiment nulle.

fantasme puisse prendre sens et qu'elles puissent se situer quelque part avec les autres, sans que l'ambiance du lieu ne change radicalement. Mais lorsqu'il y a une transformation du milieu, il me semble que cela peut s'interpréter comme l'effet d'un flux sur un système qui a conservé sa métastabilité. D'où l'importance de maintenir une hétérogénéité des contextes parmi lesquels la personne puisse circuler.

5.4.3 Pratique de la plasticité institutionnelle

La plasticité institutionnelle serait la qualité d'une institution qui se laisse altérer par la transformation de tous les individus qui la traversent, sans perdre sa singularité.

Une transformation individuelle ou institutionnelle peut avoir lieu si l'individu ou l'institution est perturbé alors qu'il est dans un équilibre métastable.

Cette condition de métastabilité peut s'obtenir si l'institution se fait support d'inscription, si elle garde les signes des investissements transférentiels, même si ceux-ci n'ont apparemment pas de rapports entre eux. Cela exige donc une attention aux détails et un partage des traces repérées lors de réunions régulières. Ces réunions doivent donc permettre à chacun de se sentir libre de parler et de se positionner, ce qui demande un travail de l'ambiance, en particulier si le mode de gouvernance n'est pas fondé sur la collégialité. De même ce travail est rendu plus difficile si les professionnels ne restent que de courtes périodes dans l'institution, car il exige un travail de mémoire à long terme. La structuration du lieu est contingente, mais elle n'est pas arbitraire, elle a une histoire qui peut se re-tracer.

Avec une temporalité propre au transfert et un travail d'interprétation, ces traces prennent sens dans le contexte où elles font signes. Cela correspond à une structuration des traces dans une préfiguration de la germination d'une nouveauté. S'il n'y a pas de structuration des traces, par exemple parce que les professionnels les ignorent ou n'ont pas d'espace pour échanger, on peut imaginer qu'elles s'accumulent et que l'énergie augmente jusqu'à provoquer la fragmentation du lieu ou la décompensation des personnes (qui peuvent être stabilisées en amont, mais de l'extérieur, par une restructuration institutionnelle imposée ou par une médication). Mais il peut aussi ne pas y avoir de traces si la structure est réputée indéformable, par exemple si tous les acteurs ont intégré le fait que l'ordre établi ne pouvait pas être remis en question.

La structuration des traces confère à la métastabilité un potentiel d'évolution qui a du sens.

Le déclencheur de la transformation est l'arrivée d'une perturbation dans ce

système métastable. Elle ne peut se produire que si les personnes sont réellement libres, de parler, de circuler. Et cette liberté n'a de sens, que si les paroles sont entendues et reprises, et si l'espace de circulation est hétérogène. Cela correspond à l'aptitude de l'institution à accueillir un flux de sujets qui ne se ressemblent pas. La rencontre, au sens d'une articulation fantasmatique du sujet aux objets du lieu, provoque alors une déstabilisation, ce qui est une condition nécessaire à la reconstruction. Celle-ci se fait à partir des germes et provoque une relaxation de l'état métastable, qui devient alors à nouveau apte à se faire support d'inscription de traces et acquérir un état métastable.

La spécificité d'un lieu qui présente une plasticité institutionnelle est donc cette confiance à prendre une forme qui n'est pas définie par avance, en fonction des personnes présentes, et à favoriser les états et les événements qui conditionnent cette prise de forme en continu. La difficulté est d'entretenir ce mouvement en conservant une texture isotrope, formée de praticables consistants et distincts, en capacité d'accueillir un flux de sujets.

. ~ .

Dans le chapitre suivant, nous décrivons, en guise de contre-exemple, une institution qui se défend de toute métastabilité. Dans cette institution très stratifiée, chaque acteur se positionne dans le rôle pré-défini par son statut. En fonction de celui-ci, prendre la parole peut n'avoir aucun effet ou se révéler être un acte risqué. Elle parvient à atteindre son objectif (« qu'il ne se passe rien ») au prix d'un écrasement subjectif qui touche en premier lieu les personnes qu'elle est censée accueillir, mais également les professionnels de proximité qui en ressentent une souffrance éthique. C'est dans cette ambiance – qu'elle ne remet pas en question – que son département *Qualité* lance un « projet d'amélioration de la bientraitance ».

. ~ .

Chapitre 6

Défaut de plasticité institutionnelle et opportunités de mouvements individuels

Dans une association dont le fonctionnement est très paternaliste, telle que celle dont il sera question dans ce chapitre, l'injonction à la « bienveillance » peut-elle être une opportunité pour introduire une culture de l'échange, de la remise en question, de la dialectisation, allant dans le sens d'une plus grande considération des personnes accueillies dans toute leur diversité ?

6.1 Introduction

Josiane a du diabète.

Le médecin vient de diagnostiquer un diabète de type 2 chez cette résidente de 55 ans qui ne parle presque pas et passe ses journées assise dans un fauteuil à côté du bureau des transmissions. Un rendez-vous a été pris chez un nutritionniste qui doit lui prescrire un régime alimentaire, mais apprenant cette nouvelle, les salariées se renseignent et échangent entre elles sur la maladie, son évolution, le taux de glucide des différents aliments. C'est important pour sa santé, elles veulent bien faire. A l'heure du déjeuner, le croisement des informations leur permet de faire les meilleurs choix, d'augmenter la portion de brocolis en réduisant celle du riz, de lui proposer un yaourt nature à la place de la crème au chocolat. Josiane n'exprime pas de désaccord. Deux jours plus tard, un salarié décide de ne plus la restreindre tant qu'il n'a pas la prescription du nutritionniste, c'est une question de principe pour lui, « on ne s'invente pas médecin ». Il est rappelé à l'ordre par la direction qui demande à son équipe d'agir « en cohérence les uns avec les autres et pour le bien des résidents ». Lorsque le rendez-vous a lieu et

que l'éducatrice qui l'accompagne explique à Josiane de quoi il s'agit, elle refuse catégoriquement de rentrer dans le cabinet de consultation. De façon assez inédite, elle s'agite et la traite de « salope ». Prenant conscience de l'importance des repas pour cette femme, et en consultant les menu-types qui sont livrés au foyer, la nutritionniste conseille de ne pas modifier son alimentation.

Qu'est-ce qu'être bientraitant ? Il est évident qu'un régime alimentaire plus adapté à la pathologie de Josiane eût été bénéfique à sa santé physique. Du moins c'est évident statistiquement. En revanche, le plaisir qu'elle éprouve dans cette activité de manger, dans ce moment qui crée parfois l'unique scansion dans sa journée, en aurait certainement été amoindri. Il semble qu'elle l'exprime assez clairement. Est-ce bientraitant de faire fi de son diabète et de « la laisser dériver dans les courbes » ? Mais se focaliser sur le contraire, ne serait-il pas la réduire à un objet de soin et ne pas tenir compte de ses désirs singuliers ? De quel « bien pour le résident » s'agit-il dans le discours de la direction ? Que démontrent les salariées dans le zèle ou l'opposition dont elles font preuve ? La consigne floue de « cohérence » invoquée par la direction est-elle un moyen de couper court à une dissension dans l'équipe pour éviter de la dialectiser ?

Il est dit dans la littérature sur la bientraitance qu'elle est davantage que le contraire de la maltraitance. Au-delà de la maltraitance avérée, la bientraitance serait faite de petites différences qui ont de grandes conséquences. Elle serait plus subtile que l'absence de maltraitance, gisant dans le moindre détail... comme le diable. Elle suscite d'ailleurs chez les professionnels du soin une méfiance à la hauteur du doute qu'elle jette sur l'activité de prendre soin.

Comment penser ce "bien" censé ajouter de la valeur au soin ? Comment le penser lorsque cette demande émane d'un service *Qualité* alors que la bientraitance figure maintenant parmi les critères de la certification ?

Dans une association dont le fonctionnement est très paternaliste, telle que celle dont il sera question dans ce chapitre, mon intuition est que l'injonction à la bientraitance peut être une opportunité pour introduire une culture de l'échange, de la remise en question, de la dialectisation. Qu'elle peut permettre en somme une réflexion éthique et infléchir la position paternaliste internalisée par ses acteurs, en allant vers une plus grande considération des personnes accueillies dans toute leur diversité. Le moyen que j'utilise est celui d'un groupe de travail sur la bientraitance, constitué par la direction générale, et dont on m'a proposé le pilotage fin 2016. Ce groupe rassemble quinze salariés venant de douze établissements, accueillant des personnes avec une déficience mentale de degré variable, en grande majorité adultes.

Ce chapitre est structuré en trois parties. Dans la première, je tente de cerner la notion de bientraitance, par rapport à des concepts qui lui semblent opposés comme la maltraitance, ou proches comme la bienveillance et la bienfaisance (paragraphe 6.2). L'usage de textes de philosophie morale, d'articles publiés par des praticiens, ainsi que de textes réglementaires et documents de loi, me permettront de mesurer l'évolution de la notion de bientraitance dans les discours par rapport à l'émergence de son idée et d'introduire une première critique de la notion. Je pose ensuite la problématique de la bientraitance au sein d'une *association de parents d'enfants inadaptés* au travers d'une rapide analyse institutionnelle qui permet de saisir son organisation structurelle et le rôle ambivalent qu'y jouent les différents acteurs (6.3). J'y décris également la mise en place du groupe de travail sur la bientraitance et le déroulé des premières séances.

Dans la seconde partie, sont exposés les résultats issus du groupe de travail (6.4). Ces premiers résultats permettent de faire un état des lieux de la bientraitance et d'entrevoir la complexité du lien entre l'organisation du travail et la bientraitance des personnes accueillies. L'analyse de situations dans un établissement résidentiel de l'association permettra de contextualiser ces constituants éthiques.

Dans une troisième partie, je développe davantage, à la lumière de ces résultats, la notion de « plasticité institutionnelle » (6.5). Je conclus sur une mise en perspective éthique de ces résultats et avec les premières propositions concrètes faites par le groupe de travail allant dans le sens du développement d'une culture de la bien-traitance (6.6).

6.2 Usage des injonctions normatives

6.2.1 La bientraitance dans les établissements médico-sociaux

La *bientraitance* est un néologisme apparu dans les années 1990 dans le champ de la petite enfance. Avant cette création, les termes de *bienfaisance* ou de *bienveillance* étaient utilisés dans les domaines du soin et de l'accompagnement des personnes vulnérables, avec des sens proches.

D'après le dictionnaire, la *bienfaisance* est la qualité de celui qui prodigue ses bienfaits à autrui, qui tend à faire du bien, ou qui produit un effet salutaire³¹³. Dans le champ médical, la bienfaisance est, à côté de l'autonomie et de la justice, l'un des principes du rapport Belmont, élaboré en 1979 pour la recherche et marquant la naissance de la bioéthique³¹⁴. Cette notion comprend l'idée d'un faire hippocratique « *Primum non nocere* », soit un acte qui maximise les avan-

313. Dictionnaire *Trésor de la langue française* informatisé, *Atilf-CNRS*, *op. cit.*, p. bienfaisance.

314. BEAUCHAMP, TOM L et CHILDRESS, JAMES F, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA, 2001.

tages et induit le moins de dommages possibles.

La *bienveillance* est une notion qui contient l'idée d'une volonté, d'une intention de faire le bien. Le dictionnaire la définit comme une vertu, une disposition généreuse à l'égard de l'humanité³¹⁵. Elle est moins utilisée dans le champ médico-social qui lui a préféré l'orientation active de bienfaisance vers laquelle elle doit tendre. Jean Oury, psychiatre, directeur de la clinique de La Borde dans le Loir et Cher, lui substitue le terme ancien français de « veillance », une position qui consisterait à veiller sur son entourage, à comprendre la psychodynamique de ses patients, en s'abstenant de vouloir le bien pour autrui, et en réaction à son dévoiement qui vire à la *surveillance* dans la plupart des hôpitaux psychiatriques.

C'est peut-être parce que ces deux notions charrient avec elles des conceptions chrétiennes qui ne sont plus au goût du jour³¹⁶, ou plus fondamentalement, parce qu'elles peuvent masquer des intérêts personnels ou collectifs parfois à notre insu, ou qu'elles peuvent induire une certaine emprise sur l'autre par ignorance entraînant infantilisation et abus³¹⁷, que le terme de « bien-traitance » a été forgé et tend à présent à s'imposer dans les discours au lieu de bienfaisance et bienveillance.

Le terme a été créé par un groupe de travail, l'*Opération pouponnière*, initié par Simone Veil – alors Ministre chargée des Affaires Sociales – et qui a été réuni régulièrement par le Bureau de l'enfance et de la famille, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de 1978 à 2004. L'objectif était de lutter contre les conditions d'accueil alors déplorables dans les pouponnières, de les « humaniser », non seulement en éradiquant les maltraitements institutionnels avérés sur ces enfants séparés de leur famille et déjà bien malmenés par la vie, mais en faisant de la prévention primaire, voire sur plusieurs générations, de la transmission de la violence. Il s'agissait également de créer des espaces de parole et de débats pour les professionnels confrontés à ces situations difficiles, de trouver des ressources étayantes pour ne pas se laisser envahir par le découragement et l'épuisement – aujourd'hui appelé *burn-out* – qui émousse les capacités de vigilance. A l'origine, la bien-traitance s'écrivait avec un trait d'union censé symboliser la pluridisciplinarité d'approches, psychanalytique, sociale et politique, nécessaire pour penser de manière vive le traitement de ces maltraitements.

Au-delà de l'aide sociale à l'enfance, la notion s'étend, à la fin des années 90, aux institutions accueillant des adultes, pour une bien-traitance dans la continuité des âges de la vie. Dès 1997, on peut lire dans un des rapports du groupe de

315. Dictionnaire *Trésor de la langue française* informatisé, *Atilf-CNRS*, *op. cit.*, p. bienveillance.

316. Voir par exemple WEBER, J-C, « Douleur, éthique et « bien-traitance » », *Éthique & Santé*, 8 2011, Nr. 4.

317. MOULIAS, ROBERT, MOULIAS, SOPHIE et BUSBY, FRANÇOISE, « Edito. La "bien-traitance" : qu'est-ce que c'est ? » *Gérontologie et société*, 33 2010, Nr. 2.

travail initié par Simone Veil que « la bien-traitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité »³¹⁸. Elle apparaît à présent dans les exigences pour la certification des établissements médico-sociaux³¹⁹.

Dans sa médiatisation au début de notre siècle et sa reprise dans les nombreux documents des services Qualité, le trait d'union typographique, proposé dans les années 90-95 par Marie-Jeanne Reichen alors coordinatrice du comité de pilotage de l'opération pouponnière, et qui permettait de poser le concept de manière intrigante, liante, sans en faire un simple opposé au terme de maltraitance, s'est cependant perdu. Pour la psychosociologue Danièle Rapoport :

« Dans la perte de ce trait d'union d'origine, le risque n'était pas négligeable d'un engouement éphémère pour un slogan, un label vide de sens, une définition hâtive qui en feraient le simple contraire de la maltraitance, le situant d'emblée sur une sorte d'axe du mal et du bien faire. »³²⁰

6.2.2 Tentatives de définition du concept

Si elle n'est pas le contraire de la maltraitance, elle y trouve cependant son origine. Le philosophe Jean Lombard y voit un parallèle avec la santé, qui ne prend son sens que par rapport à l'événement de la maladie, et définit la bientraitance comme « *un concept en creux* : elle ne peut être pensée sans *au moins l'ombre de la maltraitance*, qui seule existe, elle aussi, comme événement »³²¹.

Les définitions de la maltraitance varient selon qu'elles considèrent la maltraitance active ou passive. On pourra se rapporter à la commission d'enquête sur la maltraitance des personnes handicapées, publiée par le Sénat en 2002, pour une revue des définitions générales proposées par différentes instances internationales³²². Elles se distinguent en fonction de variétés de formes qui vont de l'intention abusive ou malveillante à la négligence involontaire dans des faits apparemment anodins, aussi appelés *maltraitance ordinaire* lorsqu'ils sont répétitifs. L'association où se déroule l'intervention décrite dans ce chapitre est fédérée à l'Unapei, créée en 1960, et dont l'acronyme, qui signifiait "Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés", est maintenant décliné en

318. REICHEN, M.J. (DIR.), *L'Enfant en pouponnière et ses parents : conditions pour une étape constructive*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation française, 1997.

319. Manuel de certification V2010 de la Haute Autorité de Santé.

320. RAPOPORT, DANIELLE, « De la prévention de la maltraitance à la "bien-traitance" envers l'enfant », *Informations sociales*, 2010, Nr. 4.

321. LOMBARD, JEAN, « La bientraitance, une approche philosophique », *Journée professionnelle de l'IRTS - Réunion "Bientraitance, mythe ou réalité"*, 10 sept, 2014.

322. BLANC, PAUL et JUILHARD, JEAN-MARC, *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir*, Sénat N°339 - Session ordinaire de 2002-2003, 2003.

"Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis". Dans son Livre blanc, cette fédération souligne la difficulté d'une définition utilisable, car elle nécessite de mettre en question les *critères* de ce qui est maltraitant ou pas, du *seuil* en-deçà duquel il ne s'agit pas de maltraitance, de *l'intentionnalité* de l'acte, des *effets* induits sur la personne maltraitée³²³.

La définition retenue par le Conseil de l'Europe, au sein d'un groupe de travail sur la violence, est la plus communément citée et fait référence à la notion d'*abus*, défini par :

« Tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter. »³²⁴

D'autres définitions, plus ciblées sur la maltraitance en institution, la relie à ce qui donne « prééminence aux intérêts de l'institution » sur le développement de la personne, comme la définition donnée par le CREA-I-Rhône-Alpes³²⁵ dans le champ de l'enfance :

« Entre dans le champ de la violence institutionnelle tout ce qui contredit ou contrevient aux lois du développement, tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant. »³²⁶

Le CREA-I s'inspire ici du concept de *violence institutionnelle* théorisé par le pédopsychiatre Tomkiewicz à la fin des années 1970. Celui-ci définit la violence institutionnelle comme « toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure »³²⁷. Il définit également la notion de *surviolence*, plus difficile à éradiquer que la violence structurelle quand celle-ci est reconnue, comme une violence « non assumée par ses auteurs, car réprouvée par les lois et/ou par l'opinion publique. [...] Lorsqu'elle est dénon-

323. UNAPEI, Livre blanc - *Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société ; prévenir, repérer, agir*. Unapei, 2000.

324. BROWN, HILARY, *Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus*, Conseil de l'Europe, 2003 – Rapport technique, p. 9.

325. Tout comme l'Unapei, le CRAEI, créé en 1964, ne décline plus son acronyme en "Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée" mais en "Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité".

326. D'après CORBET, E, « Les concepts de violence et de maltraitance », *Actualité et dossier en santé publique*, 31 2000.

327. D'après MARTIN, ANGÉLIQUE, *La « violence institutionnelle » comme question scientifique. Trajectoire d'un militant et médecin : Stanislas Tomkiewicz (1925-2003)*, Mémoire de Master 2 - sous la direction de Pascale Quincy-Lefebvre, Université d'Angers, 2014

cée, ses auteurs la nient tout d'abord, pour ensuite la minimiser et la présenter comme une violence nécessaire et licite »³²⁸.

La définition de la bien-traitance, si on ne la pose pas comme le contraire de la maltraitance, est plus difficile à saisir. Il ne s'agit plus seulement d'éviter « de porter gravement atteinte », mais de promouvoir quelque chose qui peut être plus large que l'accès « aux droits fondamentaux, aux libertés civiles,... ». L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements de services sociaux et médico-sociaux (ANESM) définit la *bientraitance* comme :

« Une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance [...]; Née dans une culture partagée, la posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Elle ne peut se résumer à une série d'actes. »³²⁹

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM permettent, dans leur rédaction, d'en saisir l'esprit, celui d'un travail continu de l'ambiance au travail. Elles sont déclinées en quatre grands chapitres :

- *L'usager « co-auteur » de son « parcours »* : garantir la liberté de choix, accompagner l'autonomie, assurer de bonnes conditions de communication, projet d'accueil personnalisé ;
- *Qualité du lien professionnels-usagers* : respect de la singularité, sécurité au quotidien ;
- *Contributions internes et externes* : travailler avec l'entourage, promotion de l'échange de perspectives ;
- *Soutien aux professionnels* : promotion de la parole de tous les professionnels, encourager la prise de recul.

En d'autres termes, il y est question d'éthique, de dialogue, d'empowerment, d'auto-détermination, d'accompagnement plus que de supervision... Où l'on voit que ces recommandations ne se limitent pas à faire de la « bientraitance » le contraire de la maltraitance, mais qu'elles semblent plutôt tenter d'introduire, par ce moyen, les principes d'une nouvelle orientation des soins qui fait rupture avec les soins traditionnels. D'autres projets initiés par des institutions publiques pourraient être mentionnés, ayant donné lieu à des chartes, des outils, des guides³³⁰.

328. TOMKIEWICZ, STANISLAW, « Institutions : un enfer pavé de bonnes intentions (1991) », *Journal du droit des jeunes*, 2013, Nr. 4.

329. ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2008.

330. Citons notamment la mission ministérielle *Promouvoir la bientraitance dans les éta-*

Dans le bon sens du terme, les recommandations de l'ANESM sont suffisamment floues pour qu'une réflexion locale permette de les décliner singulièrement. Elles invitent plutôt à une discussion, à débattre, à travailler une culture de la remise en question. Mais cela nécessite un *travail de penser* exigeant, qui, s'il n'est pas pris avec sérieux, ouvre paradoxalement une brèche dans laquelle des initiatives privées peuvent vite s'engouffrer. Ce fut le cas. Très rapidement des formations ont été proposées pour « analyser sa pratique au regard des bonnes pratiques [...] et accompagner le changement de posture du *prendre soin au bien traiter* »³³¹, confortant un doute qui plane sur celles et ceux dont l'activité est de prendre soin. Un prix a été imaginé pour récompenser des établissements bien-traitants³³²... Enfin, plus récemment, un « label » *Etablissement Bien Traitant* a été créé en 2016 par une société privée pour « favoriser la prévention du risque de la maltraitance et le développement de la culture de la Bien-traitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux » pour des établissements « respectant les valeurs et principes de la bien-traitance, objet d'un cahier des charges défini par [leur] comité éthique ». Cette société propose des audits payants afin de « faire reconnaître la bien-traitance en actes clairs et démontrés » et assure que « apposer Le Label Etablissement Bien Traitant® à l'entrée de son établissement démontre la position engagée et transparente de l'institution dans la lutte contre le risque de maltraitance »³³³.

De ce tour d'horizon de la notion émerge un certain nombre de questions.

blissements de santé, dont le rapport, publié en 2011 est disponible sur Internet, ainsi que les compte-rendus de chacune des réunions sous forme d'annexes (<http://solidarites-sante.gouv.fr>). Par ailleurs, en 2013, le CNBD a été réactivé par Jean-Marc Ayrault (Décret no 2013-16 du 7 janvier 2013 portant création du Comité national pour la bien-traitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées - Ministère des affaires sociales et de la santé). Sa création date de 2002 sous la forme d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, puis il a été étendu aux personnes handicapées en 2007, mais il était sans activité depuis 2009 et son dernier renouvellement s'achevait en 2012. En 2015, un rapport sur les "Droit et éthique de la protection des personnes" a été publié. Signalons encore un certain nombre d'outils et un guide *Le déploiement de la bien-traitance - Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*, édité en 2012 par la HAS et la Forap (Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisation en santé). Trois ans après sa publication, la HAS a réalisé une évaluation de son utilisation. L'analyse des 327 réponses obtenues révèle trois enseignements majeurs : un engouement pour les outils de diagnostic ; un développement essentiellement centré sur les paramédicaux ; « l'oubli paradoxal » des usagers. Ou encore le volet bien-traitance du programme Mobiquel (interrompu en janvier 2017).

331. Plusieurs organismes pourraient être cités ici ; cette citation est extraite du catalogue 2017 de l'organisme Formavenir pour la formation *Bien-traitance dans les soins*.

332. Prix « Soins et bien-traitance » de la fondation d'entreprise B.Braun, décerné au moins en 2010 et 2011.

333. Label établi par une société privée (Société coopérative d'intérêt collectif bien-traitance et qualité de vie), visible à l'adresse <http://www.etablissementbientraitant.fr> (la typographie est hésitante sur leur site entre bien-traitance en un mot, deux mots, avec ou sans la majesté d'une lettre capitale). Une demi-douzaine d'établissements, majoritairement des EPHAD, ont déjà obtenu ou demandé ce précieux gage de qualité.

6.2.3 Une question d'éthique

D'abord on peut se demander si l'activité de « prendre soin » n'implique pas *nécessairement* la notion de bientraitance. Si on le suppose et considérant qu'il subsiste, de fait, des agirs maltraitants dans les établissements de soin, la question peut alors se formuler à *l'inverse* comme celle de savoir si l'on prend véritablement soin d'autrui dans les établissements de soin. Répondre à cette question nécessiterait de définir ce que signifie prendre soin d'autrui et d'en opérationnaliser les critères qui deviendraient évaluables. C'est la démarche empruntée par les organismes d'évaluation et de la qualité qui ont abouti à l'intégration de la bientraitance dans les critères de la certification.

Mais cette démarche repose sur le postulat que l'on peut rationaliser les pratiques de soin avec des critères objectifs, ce qui est loin d'être évident pour des pratiques de « care », comme *soin*, au contraire du « cure », comme *traiter*. À la différence de ce que peut consigner l'*evidence-based medicine* pour le *cure*, par exemple, il est bien évident qu'il y a dans le soin pour autrui, et au-delà des gestes techniques qu'il comprend, quelque chose qui échappe à une captation rationnelle. Comme un imprévu, un inédit, qui serait à la source même de son surgissement (ou pas). Son non-surgissement ne signifiant d'ailleurs pas nécessairement maltraitance, mais plutôt indifférence ou neutralité... des signifiants qui ne renvoient pas vraiment à la notion de bientraitance, mais qui contribuent, par la négative, à la décaler d'un axe mal/bien-traitance.

Autrement dit, si l'on considère qu'il y a dans le soin quelque chose de l'ordre d'une *sagesse pratique* aristotélicienne – qui prend son sens dans un monde imparfait et qui se manifeste au moment opportun en fonction de la contingence – alors on peut difficilement espérer la formaliser dans une procédure. Les recommandations de l'ANESM n'invitent pas vraiment à cette formalisation, mais lorsque la demande s'insère dans une démarche *Qualité*, on peut se demander si la bientraitance est considérée comme du domaine de l'éthique ou de la norme³³⁴.

Par ailleurs, si, dans les années 80-90, la bien-traitance est née du constat de maltraitance, depuis lors, on ne peut nier que de nombreux progrès ont été réalisés dans le signalement, le traitement et le développement d'une culture de vigilance des actes avérés de maltraitance. Alors si la bientraitance produit aujourd'hui un tel engouement, peut-être est-ce parce que quelque chose a été manqué. À moins que cela ne soit symptomatique d'un nouveau malaise dans

334. On retrouve cette interrogation chez plusieurs auteurs, notamment : P. Svandra, pour qui cette normalisation des pratiques s'inscrirait dans une tradition utilitariste où la définition automatique de "la" bonne décision présenterait un risque sacrificiel en niant toute spécificité individuelle (SVANDRA, PHILIPPE, « Le soin n'est pas soluble dans la bientraitance », in *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité* - Coordonné par Sylvie Pandelé, De Boeck, 2013); ou encore J. Lombard (LOMBARD, *op. cit.* (cf. n° 321)); et Ph. Ducalet (DUCALET, PHILIPPE, « Démarche qualité et grande vulnérabilité », in *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité* - Coordonné par Sylvie Pandelé, Seli Arslan, 2009)

le soin, ou le produit de nouvelles conditions de travail. Il paraît difficile, pour les institutions de notre époque, de mettre ouvertement la lutte contre la maltraitance à l'ordre du jour des plans d'amélioration de la qualité car ce serait reconnaître qu'il en existe encore dans nos établissements, qu'elle n'a pas été éradiquée alors qu'on la dénonce depuis une cinquantaine d'années. La notion de bientraitance permettrait néanmoins d'aborder son sujet d'une façon politiquement plus acceptable. Que peu de personnes soient dupes de ce glissement sémantique ou qu'elles s'en montrent agacées, il demeure que cela peut au moins présenter l'intérêt de traiter « les restes » de maltraitances – peut-être plus discrets mais aussi plus ancrés dans les pratiques quotidiennes – au-delà des actes de maltraitances avérés dont le signalement a été facilité par le travail de ces dernières années. C'est une hypothèse optimiste sur l'effet que peut produire la démarche de bientraitance. Ou encore, cet engouement est peut-être aussi dû au fait que la « bientraitance » pointe vers autre chose, de plus motivant, de plus significatif dans le métier de prendre soin. Elle apparaîtrait alors comme le nom euphémisé, nécessairement consensuel, pour une transformation des soins qui irait dans le sens de la participation active des usagers, de leur empowerment...

Nous verrons dans la partie suivante que l'association, dont il est question ici, a choisi d'aborder cette thématique en y inscrivant d'emblée la question du respect des droits des bénéficiaires, déplaçant ainsi le problème de fond depuis un axe axiologique vers un axe stratégique comportant des buts précis. Après avoir donné un aperçu de cette association à travers son organisation, la partie qui suit décrit la mise en place du groupe de travail sur la bientraitance ainsi que le déroulé de ses premières séances.

6.3 Mise en place d'un groupe de travail

6.3.1 Description de l'association demandeuse

L'association dont il est ici question est une APEI, acronyme signifiant *association de parents d'enfants inadaptés*, sigle conservé, bien que l'association ait fait évoluer son nom qui est aujourd'hui *association d'amis et parents d'enfants handicapés mentaux*. Elle a été fondée au début des années soixante, c'est-à-dire peu de temps après la loi du 23 novembre 1957, où le terme "handicapé" apparaît pour la première fois officiellement. Cette loi désignait le handicap comme une diminution de la capacité de travail et affirmait le droit au travail en instaurant une priorité d'emploi. Elle prévoyait des structures de travail protégé, notamment les Centres d'Aide par le Travail (CAT), et la promotion d'initiatives de rééducation et de réadaptation. A cette même époque, deux lois suivront, instaurant des ressources en compensation du handicap : en 1963, une Allocation d'Éducation Spécialisée pour mineurs infirmes (AES) et en 1971, l'allocation

aux mineurs handicapés et l'Allocation aux Handicapés Adultes (AHA)³³⁵. C'est une période où l'action médico-sociale s'est construite dans une étroite coopération entre l'état et plusieurs associations privées constituées de parents militants, coopération qui a progressivement structuré le champ de l'« enfance inadaptée ».

De façon assez semblable aux autres APEI qui existent sur le territoire (il y en a quelques centaines), son projet associatif est de « mettre en œuvre tous les moyens nécessaires au meilleur développement moral, physique et intellectuel des personnes handicapées mentales ».

Pour réaliser son projet, cette APEI gère douze établissements, qui accueillent des enfants et des adultes, non plus « inadaptés », mais « handicapés », ou plus précisément, ayant une « déficience mentale »³³⁶. Comme toute structure associative, elle est gouvernée par l'assemblée générale d'un conseil d'administration (le CA), ici constitué d'une trentaine de « parents ou d'amis d'enfants inadaptés ou handicapés ». La gestion administrative de l'association est assurée par une direction générale (le siège), dont fait partie le service *Qualité* chargé de la mise en place d'avancées en terme de bientraitance. Chaque établissement est sous la responsabilité d'une direction constituée d'un directeur et d'un ou plusieurs chefs de service. Typiquement, la capacité d'accueil des foyers de vie est d'une trentaine de personnes, pour le même nombre de salariés, ce ratio étant plus élevé pour les accueils de jour.

En terme de gouvernance, la structure de chaque établissement se révèle très hiérarchisée et les prérogatives de chacun fortement liées au statut professionnel. Le directeur d'établissement et le chef de service sont tous deux des « cadres décisionnaires », signifiant en pratique qu'aucune décision ne peut être prise, aucune dépense ne peut être engagée sans leur accord préalable. Il est explicitement rappelé qu'au nom de la responsabilité institutionnelle qui incombe au directeur, sa parole a davantage de poids que celle du chef de service.

Rien d'étonnant à cet agencement comparé au fonctionnement d'autres lieux de soin –généralement stratifiés et rarement démocratiques– mais à y voir de plus près, le fait que *toutes* les décisions soient prises par deux personnes, dont la voix de l'une porte plus que celle de l'autre, peut inquiéter. Au moins faudrait-il espérer un espace de délibération élargi, pour faire contre-poids à la dualité de

335. D'après VILLE, ISABELLE, FILLION, EMMANUELLE et RAVAUD, JEAN-FRANÇOIS, *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience*, De Boeck Université, 2014.

336. Les services proposés dans ces établissements sont, pour les adultes, des foyers de vie (FV), des foyers d'accueil médicalisé (FAM), des foyers d'hébergement pour personnes travaillant en esat (FH), un service d'aide et d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), un centre d'initiation au travail et aux loisirs (CITL), des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), et pour les plus jeunes, un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), des structures d'externats médico-pédagogiques (EMP) ou médico-professionnelles (EMPRO) pour les adolescents.

cette direction et limiter les risques d'un pouvoir arbitraire. Toujours en raison des statuts, la parole du chef de service a également plus de poids que celles des « salariés », essentiellement des éducateurs, aides médico-psychologique, femmes de service, moniteurs d'ateliers... Le psychologue a un statut de « cadre non décisionnaire », sans responsabilité d'encadrement.

6.3.2 L'organisation au quotidien

Au quotidien du travail dans chaque établissement, des échanges, dits de « transmissions », ont lieu entre les salariés de façon assez spontanée et sont consignés par chacun dans un cahier commun. Ces messages courts concernent pour l'essentiel des questions pratiques et organisationnelles et leur but est de faire circuler de l'information entre des salariés qui ne travaillent pas tous sur les mêmes plages horaires. Les étonnements cliniques, sentiments de malaise, ou questionnements d'ordre moral, font de fait l'objet d'échanges informels, à l'oral, entre des salariés qui finissent par se connaître et se faire confiance. Une réunion institutionnelle hebdomadaire est organisée entre le chef de service et les salariés pour reprendre les transmissions écrites et informer des décisions éventuelles qui ont été prises par la direction. Rarement, en fonction de l'ambiance de ces réunions et du temps qui leur est consacré, sont repris les étonnements cliniques, sentiments de malaise, ou questionnements d'ordre moral.

Dans tous les cas, cette communication ne dépasse pas le cadre de l'établissement et la plupart des salariés n'ont jamais rencontré de directeurs du siège ou de parents administrateurs, sauf si un proche de ces derniers est accueilli dans leur établissement. La circulation de la parole sur un plan transversal n'est pas plus étendue, puisqu'en dehors des réunions du comité d'entreprise, rien n'est fait pour favoriser les contacts entre les salariés des différents établissements, établissements dont la plupart ignore le fonctionnement, si ce n'est l'existence pour certains. Il y a bien des réunions de comité de direction entre les directeurs d'établissement, mais les compte-rendus ne sont pas diffusés à l'aval.

Les bénéficiaires, dits « personnes accueillies », peuvent s'exprimer librement lors d'une réunion hebdomadaire animée par un salarié dans chaque établissement et à laquelle elles sont toutes censées participer. Cette réunion consiste dans les faits à établir le planning des activités de la semaine. Dans certains établissements, un groupe de parole est organisé par le psychologue, dans d'autres, un groupe dédié à la « vie affective et sexuelle » peut avoir lieu. Par ailleurs, un conseil de la vie sociale (CVS) réunit les personnes accueillies et qui ont été élues à cette instance deux à trois fois par an. Cette réunion donne lieu à un compte-rendu, mais dont très peu de salariés s'informent du contenu.

Si les rapports sont très asymétriques, la communication très formatée, et que

l'on peut pressentir des risques d'abus de pouvoir, on ne peut pas pour autant décrire la structure comme maltraitante au sens où il y aurait répétition d'« atteintes graves aux droits fondamentaux » des personnes accueillies. Quand de tels faits se produisent, ils font l'objet d'un signalement et des sanctions sont généralement posées (comme une exclusion temporaire ou définitive, une mise à pied ou un licenciement). En effet, tous les protocoles imposés ces dernières années par les instances qui ont un pouvoir administratif sur l'association ont été scrupuleusement mis en place. Les "enquêtes de satisfaction" faites auprès des résidents confirment d'ailleurs que le taux de satisfaction par rapport à la vie dans ces services se situe entre 90 et 98% depuis plusieurs années. Les parents gestionnaires quant à eux sont satisfaits du fonctionnement de ces associations, à la manière dont peut le dire l'ancienne présidente de l'Unapei : « C'est un confort incroyable. On peut mourir tranquille. Sinon aucun parent d'enfant handicapé ne peut mourir tranquille ! »³³⁷.

6.3.3 La demande du département *Qualité*

La demande du service qualité s'inscrit dans le cadre d'un *plan d'amélioration de la qualité* décidé par l'association, et impulsé par les nouvelles préconisations de la procédure de certification des établissements de santé³³⁸. L'esprit du critère introduit par la haute autorité de santé est d'aller au-delà de la prévention de la maltraitance, « en incitant les établissements à mettre en place des démarches permettant de rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes ».

Au sein de l'association, un groupe de travail sur le thème de « La bientraitance » a donc été constitué par le responsable de la qualité de la direction générale, en lien avec les directeurs d'établissement. Il réunit un ou plusieurs salariés de chaque établissement dont aucun n'a de position hiérarchique ou de statut de cadre (hormis la pilote du groupe de travail). La question suggérée est « Comment l'Établissement ou le Service garantit l'accès aux droits mais aussi le respect des droits de la Personne accueillie »³³⁹.

Deux réunions préliminaires ont eu lieu entre le responsable Qualité, un parent membre du CA et moi-même, visant à mieux cerner les attentes du groupe de travail. Ces rencontres m'ont laissé une impression d'ouverture qui semblait

337. PRADO, CHRISTEL et MAGOS, ISABELLE, « L'entraide », *L'école des parents*, 2011, Nr. 5.

338. Dans sa troisième version de la certification, dite V2010, la haute autorité de santé (HAS) introduit le thème de la bientraitance parmi ses critères d'évaluation - Chapitre 2 "Prise en charge du patient". Partie 1 "Droits et place des patients". Référence 10 "La bientraitance et les droits". Critère 10-a "Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance". Signalons qu'y figure également un critère de "Démarche éthique" dans le chapitre réservé au management stratégique de l'établissement.

339. Outre la typographie, la formulation originale contient également une faute d'orthographe que je n'ai pas reproduite ici et qui laisse apparaître le signifiant « Service garanti ».

réelle en direction d'un travail de fond sur la bientraitance. Cette vision optimiste a été confortée quelques mois plus tard, lorsque, pour la première fois, la présidente du conseil d'administration a voulu démarrer l'assemblée générale par deux conférences, sur l'autonomie et l'autodétermination, précisant qu'elle espérait provoquer une réaction dans l'assistance, constituée essentiellement de parents, dont elle estime la position trop paternaliste. Toujours dans une vision optimiste, on peut interpréter ces signes comme des indices qui laissent entrevoir une possibilité de mouvement institutionnel qui permettrait à minima de ne plus rétrécir, *pour leur bien*, le monde des personnes accueillies.

6.3.4 Déroulé des premières séances de travail

Les réunions ont permis à 15 salariés des 12 établissements de se rencontrer autour du thème de la bientraitance, lors de cinq séances de travail de trois heures. Nous avons établi, dès le début, un mode de fonctionnement du groupe fondé à la fois sur la confidentialité de la matérialité des échanges et sur la communication au sein des établissements des avancées générales de nos réflexions. Cette précaution a contribué à mettre en place une ambiance de travail où la parole de chacun pouvait se déployer dans un climat de confiance. Il a également été décidé que les compte-rendus des séances ne seraient communiqués à l'association qu'après relecture, discussion lors de la séance suivante et accord du groupe pour la diffusion (de fait, les discussions ont porté essentiellement sur le choix des extraits du verbatim). Dans ce même souci du travail d'une ambiance, le temps imparti au tour de table de la première séance n'a pas été limité, permettant aux participants d'exposer leur parcours initial, les spécificités de leur établissement, la position qu'ils y occupaient, leurs sentiments spontanés par rapport à la notion de bientraitance.

A l'issue de la première séance, nous avons reformulé la problématique proposée par la direction générale. Cette reprise visait à tenir compte des hétérogénéités entre établissements et publics accueillis, à éviter les effets de réification insidieux dans la première formulation et à situer notre réflexion dans le cadre précis de cette association. Ainsi la problématique citée plus haut est devenue « Comment les établissements et services de l'institution APEI garantissent l'accès aux droits mais aussi le respect des droits des personnes accueillies ? » et dans le même esprit, l'objectif de ce plan d'amélioration de la qualité est devenu « Développer la culture de la bientraitance par une réflexion transversale aux établissements ».

La visée de ces premières réunions était de faire émerger les thématiques pertinentes et les champs lexicaux propres à l'APEI relatifs à la notion de bientraitance. Lors des deux premières réunions, menées de façon volontairement non-directives, les participants étaient invités à répondre à la question *Que vous évoque la notion de bientraitance ?* La pilote et la co-pilote ont procédé entre les

réunions à un classement des réponses en catégories « positives » pouvant faire l'objet d'un travail sur la bientraitance. Pendant les réunions suivantes les participants étaient invités à présenter des *cas de bien/mal-traitance, de dilemmes, de discussions, de décisions prises de façon éthique ou non*. Les séances ont été émaillées de rappels, qui n'en étaient pas réellement, sur l'éthique du soin, la vulnérabilité, l'origine du concept d'autonomie, la conception paternaliste... aux moments les plus opportuns lors des interactions, en essayant de maintenir le geste léger pour ne pas influencer le sens des interactions ni affecter l'ambiance de travail collégiale.

Au premier abord, la question *Que vous évoque la notion de bientraitance ?* a laissé les participants du groupe dubitatifs. Puis le mot *maltraitance* a été posé de façon non moins hésitante, pour finalement laisser place à une parole libre où les salariés ont raconté le quotidien de leur travail. Le recueil de cette parole a permis de mettre en évidence la complexité de la thématique, qui intrique la bientraitance des personnes accueillies à celle des conditions de travail. Les éléments la composant sont présentés sous forme de sphères de la bientraitance dans une première partie. Celles-ci seront ensuite illustrées dans le contexte d'un foyer de vie.

6.4 Les sphères de la bien-traitance

À travers leurs dires, les participants ont répondu à la question *Qu'est-ce qui n'est pas bientraitant ?* En effet, si d'emblée ils n'en n'ont pas fait l'opposé de la maltraitance, il leur a semblé plus naturel de cerner la bientraitance par ses manques, par là où elle laisse à désirer. Ils ont alors raconté des situations difficiles, caractérisées par la méfiance, le silence, le mépris, la peur, l'indifférence, l'évitement... Les thématiques qui ont émergé à l'issue de ces premières rencontres ont été regroupées, sous forme de sphères à dénominations positives qui peuvent faire l'objet d'un travail sur la bientraitance. Elles ne sont pas étanches, se recouvrent plus ou moins, et seront sujettes à évolution. Elles sont présentées ici, de façon un peu artificielle au regard de la complexité qui les relie, en deux parties, la première concernant la bientraitance relative aux professionnels et la seconde, aux personnes accueillies.

6.4.1 Bientraitance du personnel

Les thématiques de l'ambiance de travail, de la reconnaissance, de la responsabilité et du sens de la mission sont évoquées ici.

Ambiance

Les participants rapportent un climat de contrôle, de surveillance et de délation, qui semble étendu à tous les acteurs de l'association.

Le bureau d'un directeur est littéralement décrit comme un panoptique de Bentham où « le rideau à claire-voie ne permet jamais de savoir s'il nous observe ou même s'il est là ». Certains décrivent des signalements faits de manière systématiques à la direction générale pour des retards de 20 minutes : « si ton réveil n'a pas sonné un matin, il vaut mieux prendre un jour d'arrêt maladie, sinon c'est l'avertissement ».

La tension est palpable au sein même des salariés qui en arrivent à « dénoncer à leur direction des collègues qui dorment pendant leurs heures de travail, pour se faire bien voir », entraînant des avertissements, sans que les raisons en soient recherchées, comme « une pause de 20 minutes toutes les 6 heures, mais aucun endroit dans l'établissement pour s'isoler ».

La tension est également perçue comme émanant des administrateurs envers les directeurs, qui, selon les salariés « ont peur de se faire virer par le CA », et par conséquent « s'en méfient, mais finissent toujours par leur obéir ». Ou encore, elle existe aussi – par la négative cette fois – lorsque la direction générale transmet à ses directeurs d'établissement les documents officiels de Vigipirate sans commentaire, en les laissant solitaires dans leurs prises de responsabilité quant à sa déclinaison.

Enfin, et vraisemblablement par conséquence, surveillance et contrôle sont exacerbés envers les personnes accueillies, prises entre les injonctions parentales ou tutélaires, le règlement intérieur des établissements et les directives des salariés, et dont le point commun semble être « qu'il ne leur arrive rien ». La tension se manifeste alors essentiellement comme une entrave à la liberté de circulation et la liberté de choix, que je ne développe pas ici car ce sera l'objet de la situation présentée dans la suite.

Il est assez évident que le soin porté aux conditions de travail a une influence sur la façon dont les salariés peuvent prendre soin des personnes accueillies³⁴⁰. Si le groupe met tellement en avant ce que j'appellerais ici l'*ambiance*, durant ces premières séances, c'est peut-être parce qu'il n'est constitué que de salariés « de proximité » — sans cadres hiérarchiques, ni parents — qui trouvent là un espace de parole où exprimer cette difficulté (réelle) et comparer les pratiques managériales entre établissements. La constitution même du groupe (sans cadres) peut poser question quant aux personnes concernées par la bien-traitance. Mais cela

340. Sur le fait que l'état de santé d'une institution se reflète sur celle des personnes qui la fréquentent, et sur les conséquences des résonances entre une pathologie institutionnelle et les personnes censées y être soignées, on pourra se rapporter à Stanton et Schwartz dans leur théorisation de l'*effet miroir*, donnant intelligibilité à la désorganisation d'un patient lorsque des conflits traversent l'équipe qui le soigne. STANTON et SCHWARTZ, *op. cit.* (cf. n° 96)

peut aussi révéler une spécificité de l'association, dont la structure, stratifiée, repose sur des cloisons entre une gouvernance assurée essentiellement par des parents, une direction de cadres décisionnaires, et des agents qui leur sont subordonnés au contact quotidien des bénéficiaires. Un clivage organisationnel qui donne lieu à des projections imaginaires, même si elles sont toujours fondées sur des éléments de réel. Des salariés suspectés de nonchalance, des directeurs à la botte des administrateurs, des administrateurs tout-puissants... sont autant de postures défensives qui, non seulement empêchent tout travail de penser et de remise en question des différents acteurs et de ce que pourrait être un collectif, mais encore, par leur dimension essentialisante, risquent de stigmatiser encore plus ceux qui sont radicalement autres. En ce sens, cette problématique de l'ambiance relève directement de la bien-traitance envers les personnes accueillies, de façon évidente quand elle prend cette tournure persécutante.

Au sein de l'association, les réunions d'expression des salariés ne dépassent pas le cadre des établissements, les échanges de salariés entre établissements sont quasi-inexistants et les réunions du conseil d'administration ou du conseil des directeurs (Co-Dir) sont totalement inaccessibles aux salariés. Un espace permettant de déployer une parole relative au travail et en particulier à ses difficultés, d'autant plus pathogènes qu'elles se manifestent au quotidien, a été proposé, sous une forme ouverte, inter-statutaire et inter-établissements. Il s'agissait là d'un premier pas pour prendre soin du travail de soin.

Reconnaissance

Le manque de reconnaissance dont les salariés font l'objet est un thème qui est revenu sous diverses formes à toutes les séances. Cela va de la pénibilité de leur travail qui n'est pas reconnue, « on fait tout ! Comme c'est prévu, et en plus l'imprévu... Quand un collègue est malade il n'est jamais remplacé, mais il y a toujours autant de toilettes à faire », au mépris à peine voilé : « le directeur nous appelle "les AMP de base" ³⁴¹, même si c'est de l'humour, et que la base, finalement c'est important, je le ressens comme péjoratif ».

Ce qui est demandé n'est pas forcément une reconnaissance au travers d'une augmentation de salaire, mais davantage de moyens pour réaliser un travail qui ait du sens : « On travaille toujours dans l'urgence, comment peut-on faire de l'éducatif dans l'urgence ? On fait des projets individualisés pour les personnes, mais après, qui se souvient en cours d'année de ce qu'il y a dedans ? ».

On retrouve là la notion de *travail empêché* que décrit Yves Clot en clinique de l'activité, comme « un travail ni fait, ni à faire », où le salarié, parce qu'il n'a pas les moyens de le faire proprement, ne se reconnaît plus lui-même dans son

341. "AMP" : aide médico-psychologique.

activité³⁴². On rejoint également l'analyse de Pascale Molinier quand elle décrit la reconnaissance comme nécessaire à l'activité :

« La "vraie" reconnaissance du travail s'inscrit matériellement dans l'organisation du travail sous la forme des moyens qui sont accordés pour le faire avec soin. [...] En d'autres termes, il est faux de penser que l'on travaille *pour* être reconnu. Nous cherchons plutôt à être reconnu pour *travailler*. C'est-à-dire pour pouvoir le faire selon *nos* critères et *nos* valeurs. »³⁴³

Les « moyens » matériels qu'évoquent les salariés relèvent en premier lieu des effectifs. En particulier dans les accueils de jour ou les foyers de vie, les salariés ne se trouvent pas assez nombreux pour pouvoir prendre le temps de ne pas réduire l'activité de soin à un geste purement technique. Cependant dans leur discours, cela ne relève pas uniquement de moyens. Les moniteurs d'ESAT, par exemple, sont plus ambivalents. Ils évoquent à la fois la demande d'efficience faite à l'établissement, qui est parfois incompatible avec les capacités de production des travailleurs handicapés, et l'ennui, lorsque les commandes se font rares. Dans les deux cas, ils se retrouvent dans une situation de souffrance éthique où ils ne se sentent plus reconnus dans leurs rôles, soit obligés de considérer le travail comme un travail en soi et non plus un moyen d'insertion sociale, soit obligés de trouver des activités occupationnelles sans utilité manifeste. Dans ce dernier cas, s'ils ne manquent pas de motivation et proposent des sorties culturelles et éducationnelles, ils se heurtent cependant à une obligation réglementaire de rester sur leur lieu de travail.

Responsabilité

Cet empêchement dans le travail, source d'une souffrance éthique, n'est en effet pas uniquement lié à un manque de moyen matériel. Que ce soit en ESAT ou en foyer résidentiel, les salariés rapportent des difficultés récurrentes soulevées par les risques potentiels que présenteraient leurs propositions : « On nous met tellement de bâtons dans les roues quand on fait des projets de sorties à l'extérieur, en rapport aux normes de sécurité sur les hébergements, les transports, que finalement on ne propose plus que des choses balisées, presque aseptisées ».

C'est alors un empêchement lié à un principe de précaution, à des responsabilités que ne veulent pas assumer leurs hiérarchiques, qui met l'action dans une impasse. La façon dont cela est fait est parfois très pernicieuse, car face aux arguments des éducateurs, certaines sorties sont finalement autorisées de fait par

342. CLOT, YVES, *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, La découverte, 2010.

343. MOLINIER, PASCALE, « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010, Nr. 2 - Les mots soulignés le sont dans le texte original.

leur direction, mais les documents écrits les interdisant restent affichés. C'est le cas par exemple pour les sorties à Paris, « les sorties à Paris sont suspendues car estimées risquées selon une circulaire interne datant de 2015 qui invoque le plan Vigipirate : il n'est permis d'y aller que si on comprend bien que c'est interdit ». Cette fuite de responsabilité aboutit donc à une situation de *double-contrainte* où une personne se retrouve face à deux injonctions paradoxales qui peuvent paralyser son action. C'est une communication pathogène illustrée à l'extrême par l'exemple qu'en donne Paul Watzlawick de l'indication sur un panneau autoroutier : « Ignorez ce panneau »³⁴⁴. Une situation de double-contrainte ne doit pas être confondue avec un conflit. La double-contrainte entraîne un empêchement dans le travail, alors que le conflit crée un embarras. Le premier peut rendre fou, alors que le second se dialectise. Pour se décaler de la double-contrainte et en faire émerger le conflit sous-jacent, il conviendrait d'en évoquer les valeurs en jeu. Selon les salariés, cela se traduirait par : d'une part, l'obligation de protection d'une personne vulnérable, et de l'autre, la promotion de son autonomie et le respect de ses droits. Une discussion sur un fondement éthique peut alors avoir lieu et une décision singulière peut être prise en fonction de chaque situation. Cependant, du point de vue des directeurs d'établissement, le conflit se traduit plutôt par : d'un côté, un arbitrage entre risque et sécurité, et de l'autre, une judiciarisation toujours plus intense des rapports sociaux. C'est un conflit qui porte sur leur responsabilité juridique – et non pas morale – et dont la résolution dépend très peu des capacités des personnes accueillies, puisqu'il demeurera toujours une part d'imprévisible dans les conséquences d'une décision. En somme, il ne s'agit là ni de prudence aristotélicienne, ni d'un jugement moral fondé sur la raison, mais d'un calcul égoïste influencé par les rapports sociaux et motivé par une intention déguisée de se protéger. En tant qu'il n'est guère avouable, on comprend que ce conflit se résolve au mieux par des rappels fermes à un règlement strict, au pire par des injonctions paradoxales, les deux coupant court à toute discussion.

Cette façon de penser, qui se traduit par une logique sécuritaire, engendre des abus en terme de restriction des libertés qui porte atteinte à l'autonomie des personnes, puisqu'au quotidien des établissements, tout projet est vu sous l'angle de la responsabilité du directeur d'établissement, et de sa possible négligence, imprudence ou mise en danger de la vie d'autrui, c'est-à-dire sous l'angle d'une responsabilité « antichambre de la culpabilité »³⁴⁵. Ce climat de crainte fait qu'un principe de précaution est appliqué à toutes initiatives – que les salariés finiront bien par assimiler à une faute professionnelle – si une décharge de res-

344. WATZLAWICK, PAUL, BEAVIN, JANET HELMICK et JACKSON, DON D, *Une logique de la communication*, Ed. du Seuil Paris, 1972, p. 226.

345. J'emprunte cette expression à ETCHEGOYEN, ALAIN, *Le temps des responsables*, Julliard, 1993, p. 61

ponsabilité n'est pas obtenue des parents. En dernier recours, c'est la direction qui tranche, au nom de sa responsabilité institutionnelle, sans égard pour les conflits de valeurs que cela crée chez les salariés dans leur relation d'aide et d'accompagnement.

Sortir du déni de cette difficulté pratique serait une première façon de la mettre au travail afin de remettre au centre du questionnement les personnes, en tant que sujets désirants, avec sérieux.

Sens du travail

Ce que les participants du groupe admettent difficilement, c'est qu'il leur soit demandé de travailler *sur* la bientraitance, alors qu'ils ne demandent qu'à travailler *avec* bientraitance. Ils savent juger leur travail de soin en terme de *beauté*, lorsqu'il est réalisé dans les règles de l'art, et d'*utilité*, lorsqu'il répond aux objectifs, pour reprendre les critères proposés par Christophe Dejours³⁴⁶. Mais, alors qu'ils placent l'utilité, par exemple, dans « la promotion de l'autonomie » et qu'ils cherchent la beauté dans des agirs singuliers, « où la personne nous surprend par ses demandes, et que l'on prend le temps d'aménager des espaces pour y répondre », ils voient leurs critères rabattus sur des faits objectifs dans les *projets individualisés* : « dans la rubrique autonomie, il y a des considérations sur l'assistance nécessaire à la toilette, est-ce que la personne est capable de choisir elle-même ses produits, tout au plus, si elle va acheter le pain à la boulangerie du coin... », des critères qui sont plus ou moins les mêmes pour tous, qui réduisent l'autonomie à l'indépendance, et qui n'ont rien d'existential.

Ce sentiment de ne pas pouvoir travailler dans le sens d'un soin singulier, qui aurait un effet thérapeutique ou éducatif, est exacerbé à propos des « transferts », ces séjours d'une nuit ou plus en dehors de l'établissement. Lorsque les éducateurs captent des bribes de désir, aussi variées qu'il y a de sujets « faire du bateau, du camping, aller à l'étranger... », ils les soutiennent, les développent, soufflent sur les braises. Ils considèrent ce *hors les murs* de l'établissement comme une façon particulièrement marquante de prendre acte de ce qui compte pour l'autre. Pour eux, c'est un moment de « partage intime », une opportunité de « rencontres », de « découvertes de capacités surprenantes ». C'est aussi une possibilité de faire événement et de scander le temps qui passe, « d'avoir quelque chose à dire »... pour tout le monde ! Mais leur ardeur est vite freinée : « il faut se battre pour faire passer de nouveaux lieux de transferts, ce n'est pas une question de budget, mais il y a toujours quelque chose qui ne va pas, c'est un peu à la tête du client ».

Les aspects de sécurité sont généralement mis en avant par les directeurs, sur des questions pratiques, mais sans que soient vraiment explicités les risques qui

346. DEJOURS, CHRISTOPHE, *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Bayard, Paris, 1993.

sont craints. D'ailleurs, comme par magie, ceux-ci semblent perdre leur pertinence lorsque les parents ou la tutelle donnent leur accord pour le transfert. Ce sentiment d'arbitraire dans les décisions est renforcé par le fait qu'il n'y a d'instance décisionnelle dans aucun des établissements : « on ne sait pas comment sont prises les décisions, sur quelles valeurs, il n'y a pas de discussion autour des capacités de la personne, ce sont soit les parents, soit la direction qui ont voix au chapitre ».

Ce constat est général à tous les établissements, et dans l'ensemble, la ligne directrice de l'association ne paraît pas claire aux salariés, entre une volonté affichée de « bientraitance » et la demande ressentie de « faire garderie ». La plupart des salariés n'ont jamais rencontré le directeur général ou la présidente du CA, et lorsqu'ils croisent des parents qui sont aussi membres du CA, les échanges portent uniquement autour de la prise en charge de leur proche. Pourtant, le discours officiel de l'association rejoint le discours contemporain sur la singularité du soin, la promotion de l'autonomie, le respect des droits des personnes. Mais ces grandes expressions inspirées des chartes et des textes de lois, et qui pourraient guider vers une forme de bientraitance, échouent à se traduire dans la pratique, autrement qu'en terme de mise en sécurité des personnes et surveillance de leur bonne santé somatique. Ces notions humanistes sont présentes, mais vidées de leur sens lorsqu'elles sont traduites en critères objectifs prédéterminés. Un déficit complet de réflexion sur la tension entre les valeurs aboutit à absolutiser la valeur « sécurité des personnes » au détriment de toutes les autres.

6.4.2 Bientraitance des personnes accueillies

Les thématiques de la reconnaissance, du lien avec l'entourage et du respect de la vie privée sont évoquées ici.

Reconnaissance de l'altérité

J'ai souligné plus haut la tendance à la réification des personnes accueillies, lorsqu'il est fait référence par exemple à « la Personne Accueillie » dans les écrits de l'association. On peut se demander en l'occurrence où se loge l'accueil de l'autre, cet irréductible, lorsque ce type de vocable est utilisé.

Cette manière de réduire les personnes à une de leurs caractéristiques est fréquente, ce qui la rend d'autant moins consciente, et ceci chez tous les acteurs de l'association. Les bénéficiaires du soin, dont la majorité peine à parler, sont donc parlés et assignés à une position d'« enfants de leurs parents », fussent-ils adultes, d'« enfants inadaptés » selon l'acronyme de l'association, de « votre protégé » dans les lettres adressées aux parents, de « vieillissants » par la nature des choses. Par la négative également, des affiliations que l'on pourrait penser

être désirées sont refusées : « Les travailleurs en Esat, la direction ne veut plus qu'on les appelle des travailleurs, parce que juridiquement, sur le plan de la loi, du code du travail, ce ne sont pas des travailleurs ».

Ce problème de l'adresse à l'autre, problème en terme de bien-traitance, ne se dévoile pas uniquement dans le vocabulaire, mais aussi au travers d'une certaine prosodie douce-reuse, de l'usage du tutoiement, d'un toucher facile, qui, s'ils sont argumentés comme se voulant être « une marque d'affection », se révèlent tout simplement infantilisants. Cette infantilisation se poursuit dans la recherche des « sanctions » censées répondre à un « comportement indésirable », comme « laisser un résident déjeuner seul face au coin de la salle de restauration parce qu'il est agité ». Le premier point en terme de reconnaissance de l'altérité serait donc de travailler au repérage quotidien des assignations abusives et des adresses infantilisantes.

Ensuite pourrait-on regarder cet *autre qui me regarde*, comme un sujet à part entière, avec son histoire, ses désirs, et chercher à savoir ce qui compte pour lui. Alors peut-être se sentirait-on *obligés*, de cette obligation morale de répondre à l'appel de l'autre. Nous en sommes loin et pourtant cette « épiphanie du visage », comme l'appelle Lévinas, n'est pas inconnue des professionnels : l'éducatrice de Josiane, qui a un diabète de type 2, l'a paradoxalement ressentie lorsqu'elle l'a traitée de salope dans la salle d'attente de la nutritionniste. Au-delà de ce mot, il y avait bien un discours qui l'invitait à baisser les armes et à la regarder, elle, autrement que comme une personne vulnérable. Il s'est bien passé quelque chose de l'ordre de la rencontre dans ce moment de surprise où l'éducatrice a chuté de sa position de puissance bienveillante et s'est retrouvée face à Josiane, en personne. Et c'est bien Josiane qui est à l'origine de ce mouvement d'éveil.

Un travail sur la notion d'*accueil de l'autre* pourrait donc être mené, afin que celui-ci ne se réduise pas à des formalités administratives, à une collecte de rapports factuels sur la personne, sa santé, son parcours, à une lecture-signature de documents réglementaires ou sur ses droits. Même si c'est le minimum dans ce type d'institutions – et que cela présente l'avantage d'être consignable objectivement – il est évident que le soin bien-traitant se situe au-delà, dans la création des conditions qui permettent une véritable rencontre avec l'autre. Cette distinction entre l'*accueil* et l'*admission* est particulièrement bien faite par Jean Oury, et « cela ne va pas de soi ». L'accueil exige un pas de côté de la part du professionnel qui doit s'engager en tant que sujet, qui doit s'autoriser à une certaine exposition de lui-même. Pour Jean Oury, se fondant sur Lacan à propos du transfert, c'est une question de « disparité subjective ». Et concrètement c'est une question de posture, qui doit trouver sa juste mesure entre « faire

copain-copain » et la « neutralité bienveillante », cette distance professionnelle enseignée dans les formations et qui fait que bien souvent les personnes accueillies se heurtent à un mur dès que la subjectivité est questionnée. Il s'agit donc d'une qualité pathique nécessaire au surgissement d'un moment éthique. Une façon de subvertir les statuts de soignants et soignés pour pouvoir se tenir dans le paysage de l'autre, depuis sa position de sujet, c'est-à-dire non pas *comme* lui mais *avec* lui. Oury suggérerait que cela est proche de la sympathie, pris au sens étymologique du terme de sentir *avec* l'autre.

Cependant, si cette rencontre intersubjective est déterminante pour la reconnaissance de l'altérité, on a vu que l'*ambiance* de travail n'était pas vraiment propice à son développement. Il faut se sentir en confiance pour se décaler de son statut et se présenter comme sujet. Au moins faudrait-il des espaces de parole où la clinique est travaillée par un collectif, pour que les interactions, les embryons de rencontres positives ou phobiques, puissent être recueillis, mis en mots, fassent l'objet d'une élaboration, prennent progressivement la forme d'une narration, pour soutenir un sujet en peine de reconnaissance dans notre monde ordinaire. Ces espaces de reprises, dans les deux sens du mot, n'existent dans aucun des établissements, les réunions dites institutionnelles se focalisant sur les aspects fonctionnels des établissements.

Prise en compte de l'entourage

Les participants du groupe considèrent le rapport avec l'entourage des personnes accueillies, et notamment leur famille, comme un facteur important de leur bien-être. Ils estiment que ces rapports sont bons lorsque l'entourage se présente comme un partenaire, échange volontiers sur l'histoire de vie de leur parent, rend des visites régulières et leur laisse une marge d'autonomie dans l'accompagnement au quotidien. Mais plus fréquemment au contraire, ils ressentent comme ingérantes les familles qui sont « trop présentes, surtout à l'improviste », qui « donnent trop de consignes sur la façon dont il doit être habillé ou rasé », qui sont « dans le déni de l'évolution du handicap de leur enfant », qui « font de l'épargne et distille l'allocation adulte handicapé » ou qui « s'opposent systématiquement aux transferts sous prétexte que ce ne serait pas adapté ».

Le cas des parents membres du conseil d'administration est particulier dans la mesure où les salariés constatent ou sont convaincus qu'« il y a des passe-droits pour les personnes dont les parents sont au CA, ils peuvent tout faire car les directeurs ont peur de se faire virer par le CA », ce qui suscite à la fois des sentiments d'injustice et de surveillance accrue de leur travail.

Dans tous les cas, les professionnels déplorent l'absence de lieu spécifique pour rencontrer les parents qu'ils ne croisent que de courts instants et souvent dans une certaine tension, « il y a des familles en grande détresse psychologique que

l'on ne peut pas rencontrer tranquillement ».

On peut comprendre l'inquiétude, mêlée de culpabilité, que ressentent les parents, sur le fait de « placer un enfant en institution ». C'est reconnaître ne pas pouvoir l'accueillir dans l'espace familial, un sentiment de soulagement ambivalent l'accompagnant, c'est renoncer à une part de son autorité parentale, du moins au quotidien, c'est avoir en tête les risques que présente toute institution totale, au sens de Goffman, et ici plus concrètement que l'institution ne fasse pas l'effort d'articuler le singulier au collectif...

Leur désir de savoir ce que fait l'institution est un désir légitime et part d'une intention bonne. Il est cependant vécu par les salariés comme une surveillance et une volonté de contrôle – ce par quoi il se traduit parfois – ceci étant renforcé par l'illusion que les parents gouvernent l'association au travers de son conseil d'administration. Or, si l'assemblée générale est structurellement l'instance souveraine de l'association, c'est en réalité dans les établissements que le rapport avec les parents se joue au quotidien. Là encore, l'association laisse à désirer. Il manque un espace de circulation de la parole entre les parents et les professionnels directement en charge des bénéficiaires. Actuellement, l'essentiel des doléances passent par les directeurs d'établissement, sans que le temps soit pris pour parler des difficultés concrètes ou des questions existentielles qui travaillent les personnes accueillies. Un tel espace permettrait pourtant d'évoquer les capacités des personnes dans leurs différents cadres de vie, de faire bouger des représentations parfois figées et d'augmenter la tolérance aux risques perçus. On peut penser que les décisions concernant une personne pourraient alors faire l'objet d'une délibération entre tous les acteurs participant de ce que Jean Oury appelle ses *entours*, et non plus être imposées au nom d'une autorité qui cherche à protéger la personne ou se protéger elle-même. Il s'agirait par exemple d'étendre l'entourage, actuellement restreint aux représentants légaux ou la famille, à la « constellation transférentielle » de ceux qui comptent pour la personne accueillie, c'est-à-dire aussi les personnes du milieu ordinaire qu'ils côtoient régulièrement, comme leur professeur de théâtre, maître-nageur ou employé de la médiathèque, qui ont un point de vue sur leurs façons d'être au monde dans un espace moins déterminant.

Il s'agit ici de tenir compte du *contexte* de la personne, à partir duquel ce qui va se passer pourra prendre sens pour elle.

Respect de la vie privée

« Réveiller les résidents à 7h15 tous les matins... leur demander d'être en pyjama à 18h avant le repas du soir... faire une ronde toutes les demi-heures pendant la nuit et réveiller ceux qui sont incontinents pour aller aux toilettes... », un quotidien qui ne respecte pas le rythme de vie de chacun, et dont les partici-

pants ont conscience qu'il n'est pas bientraitant mais conçu ainsi pour arranger l'organisation du travail.

C'est en partie une question de moyens en terme de "ressources humaines", qui rejoint alors la problématique évoquée plus haut de la reconnaissance nécessaire pour l'accomplissement d'un travail bien fait, mais aussi une question d'imagination et de prises d'initiatives au sein de l'équipe soignante, qui ne sont pas encouragées par les directeurs de leurs établissements. Ce n'est cependant pas que cela. Dans certains cas, la vie privée n'est pas respectée au nom de la *transparence* soi-disant demandée pour le bon fonctionnement de l'établissement. C'est le cas dans les foyers résidentiels pour les dépenses personnelles que les personnes sous tutelle font de leur « argent de poche » (maintenant appelé « reste à vivre » car « argent de poche » serait infantilisant...). Celles-ci doivent être justifiées par des tickets de caisse « pour prévenir les cas où la tutelle nous suspecterait de détourner de l'argent »³⁴⁷. Evidemment, au nom de la *sécurité*, les allées et venues sont contrôlées strictement et les personnes qui sortent seules doivent toujours dire où elles vont. Au nom de la *prévention*, leurs activités sexuelles sont étalées en réunion institutionnelle. Au nom de la *préservation de la santé* leur poids suit des courbes qui doivent faire rêver la plupart des salariées...

Il semble qu'en termes de bien-traitance, ce qui n'est pas respecté dans la vie privée des personnes accueillies, au-delà des portes mal fermées pendant les toilettes, c'est le droit à une certaine *opacité*. Le droit à ce que ceux qui les accompagnent renoncent à tout savoir d'eux, de sorte qu'ils aient la possibilité d'échapper à leur contrôle et de prendre le risque de vivre.

La situation exposée dans la suite permet de replacer dans un contexte réel plusieurs des points qui viennent d'être évoqués sur la bien-traitance et la façon dont on peut la rater en la prenant pour finalité et non comme un indice de l'activité de soin.

6.4.3 Casuistique d'un foyer de vie

L'un des foyers résidentiels de l'association est séparé de la rue par un long mur haut de quatre mètres et une porte en métal plein qui ne s'ouvre qu'avec une clé. Les résidents n'ont pas la clé de cette porte et doivent, s'ils désirent sortir seuls, demander à ce qu'un éducateur leur ouvre le portail. Cela se fait après que celui-ci a consigné dans un "cahier de sortie" leur heure de départ, le lieu où ils comptent se rendre, l'heure envisagée de leur retour, et qu'il leur ait donné leur badge les identifiant comme résident du foyer. Bien sûr, cela ne concerne

347. Il est pourtant possible de faire autrement, puisque récemment certains établissements ont établi un accord signé des parents octroyant à leurs résidents une petite somme hebdomadaire non justifiée.

que les résidents qui ont été estimés capables de sortir sans accompagnant *et* pour lesquels la tutelle a donné son accord.

Pour rentrer, ils doivent sonner et attendre que quelqu'un leur ouvre la porte. Il y a bien un code, côté rue pour entrer dans le foyer, mais le directeur a préféré – répondant ainsi négativement à la demande de l'équipe – ne pas le donner aux résidents par crainte que ceux-ci ne le divulguent ou ne fasse pénétrer "n'importe qui" dans l'enceinte de l'établissement. Ainsi, et ce fait n'est pas rare, Jean-Pierre s'est récemment retrouvé de longues minutes à attendre sous une pluie battante, que quelqu'un lui ouvre la porte alors qu'il rentrait du théâtre.

L'arrivée de Marcel au foyer semble avoir pu faire bouger ces lignes quelques mois après son emménagement. Marcel est un homme de 60 ans, qui habitait auparavant dans un foyer réservé aux travailleurs de l'Esat où il est resté plusieurs années, mais qu'il a dû quitter à l'âge de la retraite. L'homme, un peu solitaire, presque bougon, participe volontiers aux tâches communes en cuisine ou au linge, mais très peu aux activités organisées par le foyer. Il préfère passer son temps comme il lui plaît, à fumer sur la terrasse, à s'occuper du chien, à cultiver des tomates dans le jardin et surtout, à sortir du foyer, en particulier le mercredi, où il rejoint ses "copains de l'Esat" dans une ville voisine. Il part alors pour la journée et revient en fin d'après-midi, souvent un peu ivre, et nous interpelle gaiement pour nous raconter ses frasques dans les bistrotts du coin. Il fait partie des résidents les plus autonomes. Lui-même se dit "d'un niveau au-dessus" des autres et n'aime pas "qu'on le prenne pour un con".

Les éducateurs envisagent de remettre à l'ordre du jour la question du code et des clés pour lui faciliter ses allées et venues. Leurs arguments sont qu'une prise en charge trop paternaliste n'est pas adaptée au maintien de l'autonomie de Marcel. La discussion entre l'équipe, unanime, et le directeur finit par aboutir : Jean-Pierre et Marcel pourront posséder leur clé du portail. Il est même décidé d'installer un panneau à l'extérieur de la salle de transmission, généralement fermée à clé, où ils pourront prendre et déposer leur badge, signalant ainsi leur présence-absence.

On peut penser qu'il y a eu là une considération de "la personne au centre du dispositif d'accueil" de sorte que le désir de Marcel, repris par l'équipe, aura été la force motrice pour ce changement. Le dispositif se sera montré suffisamment plastique pour faire bouger ses limites affectant par là-même la situation d'autres résidents. Dans ce cas précis, où il est question d'aller et venir librement, on peut même y voir l'appropriation d'une extériorité auparavant inaccessible, un élargissement du monde. D'ailleurs tout le monde se réjouit de cette nouveauté progressiste. Mais qu'en est-il au fond ? Deux éléments me font penser que ces mouvements sont de nature réversible et que le potentiel de transformation de

cette *charge de désir* a été contenu, désamorcé.

Tout d'abord, pour se voir remettre un exemplaire des clés, la direction impose que les résidents signent "un contrat". Dans ce type de contrat, la ligne la plus importante est en général celle du montant de la caution en cas de perte... mais cette ligne n'existe pas ici. Ce contrat fait plutôt une liste des différents points auxquels la personne s'engage en recevant la clé : ne pas la prêter, avertir de ses lieux et horaires à chaque sortie, ne pas sortir avec d'autres résidents sans en informer les éducateurs, ne pas faire entrer quelqu'un dans l'enceinte de l'établissement... des points qui ne font que rappeler le rapport de subordination du résident à l'ordre supérieur qui gère le foyer et qui ne donnent surtout aucun pouvoir d'agir supplémentaire que celle d'ouvrir soi-même la porte. A tel point que c'en est même difficile à comprendre. Ainsi Jean-Pierre, rentrant du cinéma avec deux autres résidents, n'utilise pas sa clé mais sonne pour qu'un éducateur leur ouvre. Il dit avoir cru bien faire « car il était accompagné ». Il faut expliquer longuement car cela devient complexe, on ne sait plus si la clé évite de sortir ou permet de ne pas rentrer... L'espace de penser ne s'est pas élargi ! Heureusement, en attendant, la grande porte en fer est là.

De son côté, Marcel utilise fièrement sa clé pour ses sorties du mercredi. Un jour d'été particulièrement chaud, tous les résidents et éducateurs étaient sortis au village où il y a une place avec des fontaines à même le sol. Tenues légères, fraîcheur de l'eau et caresse du soleil... Loin de là, Marcel, après un repas bien arrosé avec ses "potes de l'Esat" s'est senti un peu fatigué par la chaleur et a décidé de rentrer plus tôt. Seulement voilà, vers 15h, il n'y avait que le directeur, le chef de service et la secrétaire, c'est-à-dire « personne au foyer » (*sic*) pour l'accueillir. Il lui a quand même été permis de rentrer, mais l'équipe a eu droit à un rappel à l'ordre du règlement intérieur : aucun résident ne doit rester "seul" au foyer. Rappel qui a été bien intériorisé puisque quelques semaines plus tard, la situation se répétait et que les éducateurs entre eux se rappelaient cette urgence impérieuse, la question se posant alors dans ces termes : faut-il imposer à Marcel de rentrer à l'heure qu'il avait annoncée le matin (mais comment le savoir à l'avance ?), ou faut-il qu'un éducateur l'attende au foyer sans rien faire ? Au sein de l'équipe aussi les pensées s'embrouillent. Si un éducateur reste au foyer, alors les autres ne sont plus assez nombreux pour encadrer *tous* les résidents en sortie. La solution pourrait être que certains résidents restent là, ou bien que Marcel accepte les sorties proposées... Heureusement, le respect du règlement intérieur est indiscutable.

Le fait que Marcel se retrouve seul dans la rue, ivre un jour de canicule, et qu'il ait tout de même la présence d'esprit de rentrer se reposer, n'a jamais été évoqué. En revanche, qu'il se retrouve "seul" au foyer, fût-il endormi sur son lit

écroulé de fatigue, a posé un problème.

Si un accident arrivait dans l'enceinte du foyer alors que le règlement n'a pas été respecté, à qui serait imputée cette faute ? Marcel peut donc aller et venir à l'extérieur pour faire ce qu'il veut, mais en aucun cas se retrouver seul au sein du foyer... Qui est "au centre du dispositif de soin" ? Pas Marcel il me semble, car les risques qu'il prend à l'extérieur sont infiniment plus grands que dans l'enceinte de l'établissement, mais la tutelle ayant donné son accord pour qu'il sorte seul, ce n'est plus un problème. Pas Marcel encore dans la reconnaissance d'une quelconque autonomie, puisqu'il lui est au contraire rappelé que quelqu'un doit toujours veiller sur lui. Le dispositif lui-même ? Pas au sens propre où l'on en prendrait soin... Ce qui est au centre, c'est plutôt la protection juridique des "responsables" de l'établissement. Il est plus important d'assurer qu'il ne se passe rien que de risquer qu'il se passe quelque chose. La conséquence en est l'immuabilité d'un dispositif que rien ne peut déranger, qui se montre réticent à tout ce qui le fait fuir vers un ailleurs inconnu, lui préférant un retour à son milieu balisé : « On a toujours fait comme ça et cela marche très bien : les parents et les résidents sont très satisfaits ».

Donner les clés du portail, cet objet symbolique de liberté de circulation, de reconnaissance d'une réelle autonomie de l'autre, aurait pu avoir un effet sur la conquête de nouveaux territoires, de nouvelles façons d'être au monde, s'il n'avait été vidé de son sens en le rabattant sur la simple action d'ouvrir la porte sans que rien ne change par ailleurs. Faire confiance à Marcel dans sa capacité à être seul, à décider de ses allées et venues, découvrir que Jean-Pierre erre dans des lieux nouveaux, avoir la surprise de le voir rentrer accompagné d'un ami, tout cela est interdit d'avance par contrat, rappel au règlement... Ici, cette action ne produit rien qui aille dans le sens d'un pouvoir d'agir ou tout simplement de la liberté.

Il paraît dans cet établissement que les lignes qui permettraient des bifurcations depuis un mode de fonctionnement linéaire et continu soient méthodiquement barrées, contournées de sorte qu'aucune transformation irréversible permettant d'explorer une extériorité dans son mode de fonctionnement ne soit jamais possible.

Car ce type de management de la situation n'est pas unique. Pour n'en citer qu'un autre, je choiserais la demande d'une jeune résidente d'avoir des revues sur les bébés. A ce moment, cela fait écho à une demande diffuse de plusieurs résidents d'avoir un coin revues dans le salon. Je sais que le choix de Vanessa est sous-tendu par son désir d'avoir un enfant avec son compagnon, un autre

résident. Je lui réponds qu'il est possible d'aller à la librairie voisine, choisir et acheter régulièrement des revues avec l'argent du foyer, mais lui demande d'en discuter avec les autres afin qu'ils puissent aussi s'exprimer sur les revues qu'ils aimeraient que l'on ramène à cette occasion. La semaine suivante, elle a effectivement échangé avec les autres résidents et me montre une liste de cinq thèmes, le foot, les camping-car, l'équitation et les bateaux. Je lui propose d'y aller la semaine suivante et je fais entre-temps la demande d'un petit budget, que je suggère régulier, et qui m'est tout de suite accordé. Nous avons bien pu acheter cinq revues ce jour là... mais le directeur m'a aussitôt informée qu'il avait également pris au sérieux la demande d'un "coin revues" des résidents. Il a conclu un accord avec un groupe de presse, qui livrerait gratuitement des invendus variés et nous donnerait un présentoir pour les mettre en évidence. C'est effectivement esthétique, bien fourni, et diversifié : Gala, Femmes actuelles, quelques Géo et même des programmes de télévision, certes datant un peu, mais la plupart des résidents ne sachant pas lire et la majorité des revues finissant en charpie, cela fait peu de différence.

Là encore, au-delà du peu de considération dont font l'objet les résidents, une charge désirante est capturée et détournée, plutôt que de risquer un mouvement nouveau qui aurait pu consister à ce que les résidents se consultent, décident, demandent de l'argent, gèrent ce petit budget, aillent à la librairie, nous surprennent par des choix inédits, par leurs rencontres. Elle est littéralement ramenée "au-dedans" de l'établissement, comme par inertie, et ses effets sont confinés à l'intérieur d'un domaine de transformations où l'on s'assure que celles-ci restent prévisibles. L'affaire est close, il n'y a pas de possibilité d'errance.

6.5 Plasticité et ligne de fuite

Il y a pourtant eu "du changement" dans les deux exemples cités ici ; des résidents ont désormais les clés, un coin revues est bien approvisionné régulièrement. Ces changements sont bien en rapport avec la demande, mais ils dénieient totalement, si ce n'est le désir des personnes qui en sont à l'origine, au moins les possibilités transformatrices qu'il recèle. Ces changements "bouche-trous" ne visent qu'à fuir un élargissement du monde qui se ferait sous l'impulsion désirante des résidents.

Mieux vaut un monde rétréci et connu car il est contrôlable, même si cela demande une certaine vigilance, car ceux qui le traversent sont aussi des sujets.

6.5.1 Ligne de fuite

Deleuze et Guattari créent le concept de *lignes de fuite* pour décrire cette ouverture potentielle vers un ailleurs inconnu, une *déterritorialisation* :

« Individus ou groupes, nous sommes traversés de lignes, méridiens,

géodésiques, tropiques, fuseaux qui ne battent pas sur le même rythme et n'ont pas la même nature. [...] de toutes ces lignes, certaines nous sont imposées du dehors, au moins en partie. D'autres naissent un peu par hasard, d'un rien, on ne saura jamais pourquoi. D'autres doivent être inventées, tracées, sans aucun modèle ni hasard : nous devons inventer nos lignes de fuite si nous en sommes capables, et nous ne pouvons les inventer qu'en les traçant effectivement, dans la vie. »³⁴⁸

Deleuze et Guattari s'inspirent du travail de Fernand Deligny pour élaborer ce concept. L'idée générale est qu'un sujet a besoin d'errance pour se trouver. Il a besoin de se voir offrir un champ d'expérimentation de son désir qui soit large et non formel. Deligny trace les *lignes d'erre* (de leurs déplacements et de leurs gestes), d'après les trajets des enfants autistes, et les distingue des *lignes coutumières*, dans le sens où les premières ne révèlent aucun dessein ou sont des trajets apparemment « pour rien » mais qui comptent pour beaucoup. La cartographie de la Figure 6.1, extraite des *Cahiers de l'immuable*³⁴⁹, est choisie pour les ressemblances qu'elle présente avec les lignes de dislocations cristallines de la Figure 2.1 (page 94) qui s'organiseront progressivement pour délimiter des cellules.

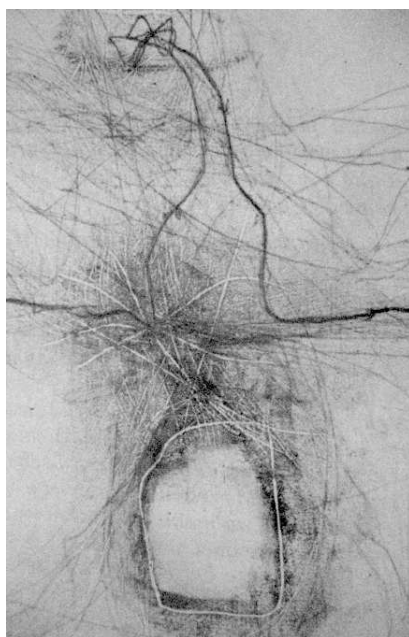


FIGURE 6.1 – Cartographie de ligne d'erre, Fernand Deligny.

348. DELEUZE, GILLES et GUATTARI, FÉLIX, *Mille plateaux : Capitalisme et schizophrénie II*, Ed. de Minuit, 1980, p. 247.

349. DELIGNY, FERNAND, *Cahiers de l'Immuable N° 1 : voix et voir*, Recherches - revue du Cerfi, 1975, p. 16.

Si l'errance est déterminante pour s'inscrire dans une totalité signifiante, comme semble l'indiquer ce que l'on observe dans l'institution présentée au chapitre précédent, que peut signifier une institution qui la bannit au nom de la sécurité de ses « protégés » ?

« [Les lignes de fuite] ne consistent jamais à fuir le monde, mais plutôt à le faire fuir, comme on crève un tuyau, et il n'y a pas de système social qui ne fuie pas tous les bouts, même si ses segments ne cessent de se durcir pour colmater les lignes de fuite. »³⁵⁰

La position de cette institution est clairement de contenir les flux de désirs qui font pression sur ses frontières et risque de le faire fuir.

Autrement dit, ce qui est fuit, il me semble, ce sont ces lignes qui mèneraient vers un ailleurs, un ailleurs imprévisible, à l'instar des lignes de dislocations, faites de coupures et micro-déplacements, d'abord enchevêtrées mais qui se structurent peu à peu et confèrent à la matière un potentiel d'évolution. L'un des moyens utilisés – pour que la gouvernance ne paraisse pas ouvertement autocratique – est de bloquer l'espace de penser, par des injonctions paradoxales, par un cli-vage institutionnel, par une limitation forte des interactions entre les acteurs. Comment alors trouver ou créer une ligne de fuite qui permette d'échapper au totalitarisme d'une institution colmatant toute ouverture parce que voulant tout prévenir, en premier lieu tout risque ? Ceci afin qu'elle s'autorise à se remettre en question, à se transformer. Cela ne veut évidemment pas dire qu'il ne faudrait rien d'immuable... de monde commun, partagé et prévisible, au contraire. Mais ce serait plutôt comme un fond nécessaire et rassurant qui autoriserait à ce qu'on le dépasse pour explorer des territoires non-balisés. Une sous-jacence qui autoriserait l'institution à se laisser affecter par le champ de désir qui la traverse, c'est-à-dire une institution qui se laisse déséquilibrer, vaciller sans flancher, qui est sensible aux perturbations, qui se laisse désorganiser sans exploser.

J'aimerais rapprocher l'avènement de la plasticité cristalline, des lignes de fuite ou de déterritorialisation que Deleuze et Guattari proposent dans *Mille plateaux*.

Dans l'espace en trois dimensions de la contrainte, le « domaine d'élasticité » est bordé par une surface de charge, définie par les contraintes seuil déclenchant la plasticité. Le dépassement de cette bordure est un non-sens. Mais dès qu'elle est atteinte, un nouveau domaine d'élasticité est engendré irréversiblement.

350. DELEUZE et GUATTARI, *op. cit.* (cf. n° 348), p. 249.

6.5.2 Plasticité institutionnelle et « surface de charge »

On a vu au chapitre 3 que la plasticité se différencie de l'élasticité par le fait qu'elle provoque une déformation irréversible de la matière. Tandis que pour la déformation élastique l'état de la matière revient spontanément à l'identique dès que la contrainte est relâchée, la déformation plastique, au contraire, laisse son empreinte dans le matériau même lorsque la contrainte a cessé (plasticité qui s'explique, au coeur de la matière, par la multiplication irréversible des dislocations cristallines).

Lorsqu'on soumet un matériau à une charge, la déformation élastique se produit *en premier*, pour des contraintes modérées. Ce n'est qu'au-delà d'un certain seuil de contrainte que la déformation devient plastique, irréversible. Il est facile d'en faire l'expérience en tordant, modérément, puis de plus en plus fort, une petite cuillère en acier par exemple. La question principale est alors de savoir à quel moment – pour quelle valeur seuil de la contrainte σ – passe-t-on du domaine de l'élasticité à celui de la plasticité. Cette valeur seuil dépend bien sûr de la nature du matériau, mais elle n'est pas la même non plus selon qu'on tentera de déformer la matière par traction, cisaillement, torsion... cela veut dire qu'elle dépend du type de sollicitation (aussi appelé mode de chargement, et qui caractérise l'aspect multi-axial des contraintes). Il est plus facile, par exemple, de déformer plastiquement une petite cuillère par *flexion* que par *traction* en la tirant par chaque bout. A ces différents types de sollicitation correspondent donc des *limites d'élasticité* différentes à partir desquelles la déformation plastique commence. Dans l'espace multi-axial des contraintes, l'ensemble de ces limites définissent une surface convexe que l'on appelle une *surface de charge*. L'espace intérieur à cette surface correspond au domaine des déformations élastiques; dès que la surface est atteinte, la déformation plastique irréversible commence.

Autrement dit, pour chaque matériau, il existe une surface de charge, fonction de la contrainte $f(\sigma)$, qui permet de savoir si la contrainte σ appliquée correspond à une déformation élastique (réversible) ou plastique (irréversible). Le *critère de plasticité* est tel que $f(\sigma) < 0$ signifie que l'on est à l'intérieur du domaine de l'élasticité et $f(\sigma) = 0$, que l'on a atteint la bordure déclenchant la plasticité.

L'extérieur du domaine défini par la surface de charge n'a aucun sens physique. En effet, cette surface marque une limite qui n'est pas dépassable : l'atteindre la repousse et redéfinit alors toute la surface.

Voilà ce qui illustre bien la plasticité. Elle change l'état du système sans qu'il n'y ait de retour possible. Tenter de redresser une petite cuillère tordue par flexion demande toujours plus d'effort que la première déformation. Si cette opération

est réussie, la tordre à nouveau risquera fortement de la mener à rupture. Quand bien même la forme serait retrouvée, l'état interne est modifié. Il reste au coeur de la matière une trace de la déformation plastique, dont on a vu quelques exemples au cours du chapitre 3 (multiplication des dislocations, frayage de plans de glissement, structuration en murs...). Comme l'illustre la Figure 6.2, en conséquence d'une première charge qui atteint le bord du domaine élastique, la surface de charge – *i.e.* la limite à atteindre pour entrer à nouveau en plasticité – a changé irréversiblement. C'est donc une limite indépassable mais qui se laisse affecter par le fait même d'avoir été atteinte. Dès qu'elle est atteinte, la surface de charge *actuelle* est donc redéfinie comme $f'(\sigma)$, une surface qui déplace ou étend le domaine de l'élasticité initial, rendant potentiellement la déformation plastique plus difficile à atteindre.

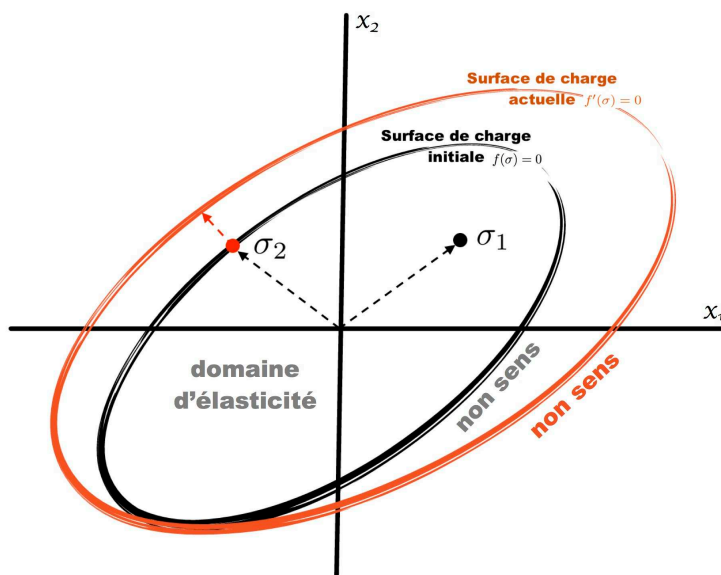


FIGURE 6.2 – Surface de charge $f(\sigma) = 0$, délimitant un domaine d'élasticité initial, inchangée sous l'effet d'une contrainte pour laquelle $f(\sigma_1) < 0$ (en noir), et modifiée en $f'(\sigma) = 0$ pour une contrainte telle que $f(\sigma_2) = 0$ (en rouge). Si la contrainte σ_2 est répétée, elle sera maintenant dans le domaine d'élasticité. (Coupe de la surface $f(x_1, x_2, x_3)$ sur le plan $x_3 = 0$).

Que signifierait la plasticité institutionnelle par rapport à cette plasticité cristalline ? Reprenons les points saillants de cette métaphore. Un premier point est que la plasticité fait bouger les limites. Un second point est qu'un "en-dehors" du domaine, qui n'avait initialement aucun sens, devient atteignable par l'appropriation d'une extériorité. Ce n'est donc pas analogue aux lignes de fuite de Deleuze et Guattari dans le sens où le système fuirait « comme on perce un tuyau » et mèneraient à une déterritorialisation. Ici il n'y a pas cette notion de

porosité, de traversée. Les bordures sont ici toujours étanches, mais cependant repoussées. Elles sont fuyantes comme un horizon et laissent derrière elles un système dont l'état a changé.

En terme de plasticité institutionnelle, on peut dire qu'une institution qui se laisse affecter par le flux de sujets qui la traverse, comme autant de charges qui déplacent ses limites, élargit le monde où il est possible d'agir. Paradoxalement, sa plasticité la rend plus flexible, plus élastique. Elle devient une institution qui réalise la prise « en charge » d'un sujet désirant, en permettant son inscription et modifiant ainsi ses bordures. Au contraire d'une autre, qui bloque les contraintes – par exemple en écrasant le désir contenu dans la demande et surveillant les dérives – afin que cette limite ne soit jamais atteinte et qu'aucun territoire inconnu ne soit exploré.

6.6 Mise en perspective éthique

Ces premières réunions autour du thème de la bientraitance ont davantage permis de faire un état des lieux de ses manques que de la définir absolument. Dans une perspective éthique, elles soulèvent la nécessité de mener une analyse des liens connectant la structuration de l'association (son mode de gouvernance) à l'activité de soin.

Ce qui paraît le plus flagrant, relativement au défaut de bientraitance de cette institution, c'est le manque d'espace de parole et de délibération. L'agencement est tel que tout mouvement potentiel est arrêté au profit d'une stabilisation sur la situation antérieure. Ce mécanisme est fondé sur un clivage institué entre les acteurs commandeurs, décisionnaires ou exécutants, qui tend à les réifier en groupes monolithiques aux intérêts divergents, qui ne communiquent que par injonctions³⁵¹. L'absence d'échanges fondés sur un partage et une discussion des expériences dans cette association limite ses opportunités d'apprentissage et obère son potentiel évolutif.

6.6.1 Un agencement stratifié

Si l'intérêt d'un tel clivage est qu'il simplifie grandement la communication (unilatérale) et le fonctionnement institutionnel, il n'est probablement pas réel au

351. On pourrait aussi analyser ce clivage au regard de l'histoire : les parents à l'origine de ces associations ont participé à la structuration du champ de l'*enfance inadaptée* dans les années cinquantes, ainsi qu'à la définition des professions s'y rapportant comme celle d'éducateur spécialisé, selon un modèle très paternaliste et axé sur la prévention, l'assistance, la rééducation. La notion d'enfance inadaptée, déficiente, en danger moral... définie dans les années 40, fondée sur l'observation, le repérage, le triage des enfants inassimilables de ceux que l'on peut encore éduquer, ainsi que la nomenclature des établissements et des professions de rééducation ne se sont pas forcément renouvelées. Voir par exemple CHAUVIÈRE, MICHEL, *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*, Les éditions ouvrières, 1980 et ROSSIGNOL, CHRISTIAN, « Quelques éléments pour l'histoire du "Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral" de 1943 », *Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"*, 1998, Nr. 1.

sens où il reflèterait la conscience individuelle des acteurs de chacune de ses parties. Des discussions individuelles, c'est-à-dire hors contexte de leur groupe, avec des parents, un directeur ou une éducatrice ne révèlent pas de différences fondamentales en terme de valeurs importantes pour eux dans la notion de « prendre soin ». Plutôt que d'avoir des orientations axiologiques concurrentes, il semble plutôt que ces acteurs soient pris dans des exigences *contextuelles* différentes qui influencent de façon quasi-monologique la hiérarchie de leurs valeurs et donc leurs décisions.

En effet, les éléments contextuels qui surgissent dans les situations problématiques et motivent les décisions ne sont pas les mêmes pour les différents acteurs que sont les parents, la direction générale, les directeurs d'établissement ou les salariés.

Pour les parents, et en particulier lorsqu'ils vieillissent, ce qui prime c'est la tranquillité d'esprit de savoir leur proche pris en charge dans ses besoins vitaux. La problématique du manque de places en établissements pour personnes handicapées est connue. Les questions éthico-existentielles du devenir de la personne passent donc, dans les faits, au second plan.

La direction générale, quant à elle, doit d'abord répondre à cette demande des parents, qui sont aussi les administrateurs. Mais elle doit également la concilier avec celle des pouvoirs administratifs qui orientent la gestion des établissements médicosociaux par des réformes qui ont un caractère obligatoire (insistant sur le respect des droits notamment). Sa tendance est d'opérer cette conciliation *a minima*, par exemple en imposant à ses directeurs d'établissements de décliner des « projets individualisés » pour chaque personne accueillie, mais sans exigence concrète quant à leurs contenus.

Les directeurs d'établissement s'exécutent mais en donnant toujours la priorité à la gestion des risques inhérents au fonctionnement de tout établissement. C'est-à-dire que ce qui semble primer pour eux, c'est d'être irréprochable quant à l'exécution des normes ou des consignes qu'ils ont reçues, en particulier là où ils seraient passibles de plaintes portées en justice par les parents. Leur intérêt est donc de surveiller et de contrôler la forme du travail de leurs salariés.

Les éducateurs, ou les salariés de proximité en général, sont en prise avec le réel des personnes accueillies dans une immédiateté qui dépasse bien souvent le travail prescrit par les consignes procédurales. Ils ressentent une souffrance éthique lorsqu'ils s'astreignent à respecter des normes imposées qu'ils ne jugent pas valides en terme de justesse, mais – se sachant sous surveillance et passibles d'avertissements – optent le plus souvent pour un respect passif de ces règles. Le danger est que sans espace de discussion qui permettrait une pratique de la critique, certains finissent par croire que c'est là ce qui définit un « bon » travail. C'est une façon de résoudre ce que Léon Festinger appelle en psychologie une

dissonance cognitive (la température d'un plat importe plus que ce qu'il contient, car « il ne faut pas faire n'importe quoi », on ne veut pas que les personnes s'intoxiquent, c'est une question de responsabilité).

Quant aux personnes accueillies, elles se trouvent au coeur d'une constellation sur laquelle elles ont très peu de prise. Elles se retrouvent dans un lieu d'accueil, dit protégé, qu'elles doivent s'efforcer d'habiter (au sens de s'y inscrire physiquement et psychiquement, de s'y faire une place) alors qu'elles ne l'ont généralement pas choisi (même s'il y eu consentement). Elles se retrouvent à partager leur quotidien avec d'autres personnes parfois pendant plusieurs années. Elles ne peuvent pas voir leurs parents selon leur désir, et ceux-ci expriment parfois le même regret ...ou pas. Les règles de vie qui leur sont imposées touchent parfois à des questions existentielles (une quotidienneté rythmée par des horaires soi-disant pensés pour leur bien-être, une liberté de circulation contrariée, une vie sexuelle pas toujours facile, la quasi-inexistence du droit à une certaine opacité). Et surtout, une parole qui peine souvent à se faire entendre, ou qui n'est pas reconnue à sa juste valeur. Dans ce cadre, il est difficile – mais pas impossible – de faire preuve d'autonomie ou d'exercer son autonomie.

En terme d'agencement, il y a donc un cloisonnement entre des groupes homogènes que sont les parents (qui privilégient la sûreté à long terme), la direction générale (la conformité législative), les directeurs d'établissement (la sécurité quotidienne), les salariés (la mission éducative) ou les personnes accueillies (pour qui "la vie veut vivre"). Même si cela peut paraître schématique – car la sphère de la sécurité quotidienne tend à *coloniser* aussi le monde vécu des salariés – ces éléments contextuels peuvent tous être rapportés à une pseudo-valeur de bienveillance. D'ailleurs on constate que la plupart des conflits qui ont été évoqués par les participants du groupe relèvent rarement de conflits de valeurs. Ils se réfèrent plutôt à des normes litigieuses dont l'application à des situations particulières devient conflictuelle (par exemple *personne ne doit rester seul au foyer* ou encore *l'utilisation de l'argent de poche doit être justifiée*). Ces normes ne sont pas discutées en terme de morale : en premier lieu par manque d'espace de parole ; ensuite parce que, lorsque la situation devient conflictuelle au point d'exiger une remise en question, la discussion porte davantage sur la façon dont elles peuvent être contournées que sur la contestation de leur validité universelle. Partant, si les situations concrètes révèlent que les normes ne sont pas justifiées, cela provient surtout du fait d'un problème dans leur fondement qui n'est *pas réellement rationnelle* (au sens où il serait fait usage de la raison pratique de Kant et où celle-ci serait libérée de motifs contingents). Ces normes étant établies au sein des groupes clivés, on voit le problème principal se dessiner si l'on admet que, structurellement dans cette association, les différences de vue des acteurs coïncident avec une hiérarchie de pouvoirs décisionnaires.

En revanche, si la réalité du dispositif est plus complexe que ce clivage "acteur-contexte" ne le laisse paraître (c'est-à-dire si les représentations du *telos* de la vie bonne des différents acteurs transcendent les groupes imaginaires qu'ils constituent), alors un dialogue peut être plus facilement envisagé. Reconnaître cette complexité permettrait d'en profiter comme d'une richesse en terme de capacité à se transformer. En effet, la complexité ne rigidifie pas une structure, au contraire, elle lui permet de faire face à l'imprévu et à la nouveauté avec plasticité. Ce qui se produit dans les organismes vivants, par un mécanisme de déliaison et de reliaison de ses parties sous la pression d'un changement environnemental, peut aussi se produire dans les groupes humains, quand des crises ou des conflits surgissent, à condition de pouvoir en parler... plus précisément, d'*interagir*, par exemple en discutant. L'éthique de la discussion, fondée sur un agir communicationnel, tel que proposée par Jürgen Habermas pourrait alors constituer une piste allant dans ce sens. En effet, la discussion telle que la conçoit Habermas redonne toute son importance au langage, à l'échange argumenté, à la recherche de l'entente sur un fondement autre que l'intérêt personnel et l'autorité. La discussion retrouve le rôle stratégique qu'elle a dans le monde commun entre des acteurs *nécessairement pris dans leur contexte*. On trouvera en annexe à ce chapitre (page 295) une présentation de cette éthique déontologique, mais pour laquelle l'intersubjectivité est un pré-requis à l'objectivité. Sous sa forme restreinte, le principe de cette éthique s'exprime par :

« Ne peuvent prétendre la validité que les normes qui sont acceptées (ou pourraient l'être) par toutes les personnes concernées en tant qu'elles participent à une discussion pratique. »³⁵²

Les propositions d'inflexions institutionnelles présentées dans la suite visent à établir un tel dialogue, afin que les conflits liés à l'inévitable tension entre les valeurs des différents acteurs ne soient pas évités.

6.6.2 Propositions d'inflexions institutionnelles

Nous avons vu que les rencontres au sein de cette association se font à huis clos entre membres d'une communauté d'intérêts (les directeurs) ou de sort (les parents). Dans le cadre précis du groupe sur la bientraitance, seuls des salariés de proximité ont été désignés³⁵³. Pour que ces rencontres puissent aboutir à des

352. HABERMAS, JÜRGEN, *Morale et communication*, (1983) - trad. Ch. Bouchindhomme, Les ed. du Cerf, 1986, p. 114.

353. Ainsi, les éducateurs participent à la mise en forme des protocoles de soin, parfois même en retirant une certaine fierté de s'être vu confier cette tâche, et peu sont ceux qui réalisent être l'instrument d'une démarche de système qui colonise peu à peu le monde vécu. D'où l'importance d'être vigilant à cette instrumentalisation dans la mise en place de ce travail sur la bientraitance demandé par le département *Qualité*. En effet, vu la façon dont a été constitué le groupe – aucun représentant hiérarchique ou décisionnaire – on ne peut pas s'empêcher de penser que l'idée cachée est que « cela vienne d'en bas », afin que ses résultats ne soient pas

règles d'action acceptables par tous, il faudrait en priorité qu'elles soient – au minimum – *décloisonnées*³⁵⁴. Ceci est évidemment valable pour l'exemple du groupe de travail présenté dans ce mémoire puisqu'on voit bien que la bienveillance *des personnes accueillies* ne concerne pas *que* les salariés de proximité. Mais c'est aussi valable pour les réunions cliniques qui se font (ou pas) à l'échelle plus concrète des établissements, car il est évident que les décisions ou les choix d'orientation concernant une personne ne peuvent être prises uniquement par une ou deux autres en vertu de leur statut. Donc, non seulement décloisonnées, mais encore fondées sur une argumentation sincère. Inclure toutes les personnes concernées dans une discussion fondée sur une argumentation permettrait au minimum de connaître et de comprendre les contextes mutuels des différents acteurs. Si les motifs sous-jacents aux décisions, qui paraissent trop souvent arbitraires ou incohérents, parviennent à être explicités, cela pourrait obliger à ce que se mette en place une coordination pour tenter de résoudre les problèmes d'ordre normatifs qui sont simplement subis (par tous) actuellement.

A l'issue de ce groupe de travail, un certain nombre de propositions ont été faites pour introduire une circulation de la parole, de tous, à voix égale, afin de tenter un dépassement du clivage structurel de cette association qui semble être à l'origine de son manque de bienveillance. En réalité, la diffusion des comptes rendus au sein des établissements – ce qui ne se fait jamais d'habitude – a eu quelques effets et pourrait être un premier acte de circulation de la parole. Cependant il n'est pas totalement satisfaisant, dans la mesure où il ne laisse entendre que la voix des salariés et que les retours qu'il suscite, souvent limités dans leur argumentation par le média de courriels, ne se font pas dans le cadre d'une discussion réelle.

Une proposition vise à mieux se connaître les uns les autres dans l'objectif d'établir des connexions concrètes entre les acteurs. Elle peut prendre la forme de *Journées d'accueil*, qui peuvent avoir lieu une à deux fois par an, et où l'on imagine que *tous* les nouveaux embauchés des différents établissements (c'est-à-dire quel que soit leur statut) rencontrent *ensemble* les différents acteurs de l'association, où la direction générale et le conseil d'administration exposent leurs visions des orientations et des valeurs de l'association, où des ateliers thématiques ont lieu autour de ces thèmes. Des visites organisées dans les établissements avec une présentation de leurs spécificités par les directeurs et les salariés, seraient l'opportunité d'une participation active des personnes accueillies lors de cet accueil

réfutés comme venant d'en haut... en réalité il est fort probable que les résultats importent peu aux yeux des personnes qui en font la demande (c-à-d la direction générale), et que seul compte que ce soit fait et consignable. Les salariés participants sont ici seulement utilisés comme moyens pour produire un livrable (une façon de faire, un protocole, des règles...) qui répond à une injonction du système contraignant l'institution.

354. « Au minimum » car nous avons vu que même lorsqu'elles incluent les salariés ou les personnes accueillies, les discussions ne sont pas réellement démocratiques, puisque les décisions sont prises *in fine* par des cadres décisionnaires.

du groupe de nouveaux embauchés.

Une autre proposition consiste à créer un espace dédié à l'expression et la discussion de *la relation au travail*. Ce lieu serait accessible *librement* à tous les salariés, c'est-à-dire qu'il serait conçu comme un espace *inter-statutaire* et se présenterait sous la forme de rencontres régulières.

Des propositions d'espaces inter-statutaires ont aussi été proposées pour discuter de la clinique, suite au constat qu'il y avait très peu de réunions abordant la clinique au sein des établissements. L'idée d'établir un tel espace au niveau de l'association, ouvert à tous les acteurs, pourrait indirectement contribuer à leur mise en place dans un second temps au travers d'une demande émanant des participants.

La poursuite de ce groupe de travail a été envisagée sous une forme plus ouverte à d'autres perspectives que celles des salariés, notamment en incluant des directeurs d'établissement et des parents membres du CA. Celle-ci pourrait mener à la construction d'une instance consultative, relative aux règles de la vie quotidienne qui s'avèrent conflictuelles dans ces différents établissements.

Toutes ces propositions visent à installer un climat, une *ambiance* où la prise de parole n'est plus un acte risqué, mais une source de connaissance et d'évolution, et où la compétence et la responsabilité de tous les acteurs sont reconnues.

Ce sont essentiellement des rencontres ouvertes à tous, aux ambiances différentes (pour se connaître, pour élaborer des liens théorico-cliniques, pour reconnaître et analyser les conflits, pour construire un avis consultatif ou décisionnaire...). Idéalement, des groupes « poreux », qui puissent s'informer et se "déformer" les uns les autres, et fondés sur le désir des personnes d'en faire partie. Cette multiplication des dialogues inter-statutaires permettrait de fragmenter les groupes homogènes aux logiques différentes, c'est-à-dire de déconstruire les fantasmes massifs des uns sur les autres au travers du clivage qui les sépare. Elle laisserait place à une pluralité des voix au sein des groupes.

Prendre la parole dans une discussion réelle qui implique tous les acteurs concernés, c'est s'exposer à l'hétérogénéité des points de vue, devoir les argumenter, rendre visible des conflits et des intérêts parfois personnels qui sont satisfaits dans le statu quo.

Une conséquence pourrait en être de retrouver des logiques d'action communes aux différents groupes, qui cette fois-ci soient fondées sur un intérêt commun – l'émancipation des personnes au centre du dispositif d'accueil – et pas du fait d'une communauté de sort ou d'intérêt personnel. Mais plus probablement cette fragmentation créera une *métastabilité*. C'est-à-dire qu'au lieu de stabiliser les situations conflictuelles, dans le but de maintenir l'ordre établi, cette fragmentation pourrait être une source d'énergie potentielle qui permet, au contraire,

l'accès à des positions nouvelles des personnes impliquées.

En effet, décloisonner les groupes clivés, revient à créer un contexte global où chacun des points de vue peut prendre un autre sens que celui qu'il a dans chacun des groupes. Dans le processus de germination et croissance d'une nouveauté, présenté dans le chapitre 3, nous avons vu que le germe n'est en rien différent d'une autre cellule, d'un autre fragment de matière, si ce n'est qu'il se trouve dans un environnement qui lui confère sa différence (en terme de désorientation pour le cristal, de rapport au monde pour le social).

Décloisonner les instances décisionnaires revient donc à donner à chaque voix la possibilité d'une nouvelle valeur, au travers d'un changement du contexte. De la discussion, par tous, des conflits de valeur qui les animent, peut alors émerger une position inédite.

On peut comprendre que l'institution oppose beaucoup de résistance à ce processus dont on ne peut pas maîtriser toutes les conséquences. D'abord parce qu'il bouleverse les rôles que chacun s'est donné à travers son statut. Ensuite par crainte de l'imprévisibilité de son résultat, et finalement parce que le passage d'une position métastable (inconfortable) vers une position plus stable nécessite un apport d'énergie, une agitation supplémentaire, puisqu'il faut bien passer par une position instable. En somme il faut être en capacité de tolérer une augmentation temporaire du désordre pour qu'un nouvel ordonnancement se dessine. Cela nécessite un travail d'ajustement permanent, puisque tous les changements que ce processus induit modifient l'environnement même qui a permis son déclenchement.

Ce qui reste constant, c'est juste la possibilité de remettre en question l'ordre établi, au gré des personnes qui constituent l'institution.

La plasticité institutionnelle ne se conçoit, en effet, que dans une dynamique où l'état métastable n'est pas à fuir, mais au contraire à entretenir comme la source d'une ligne de fuite par rapport au résultat de son propre processus. L'enjeu en est un élargissement du monde accessible pour tous les sujets que l'institution décide de « prendre en charge ».

Il y a des lieux qui me semblent parfaitement mettre en acte cette éthique de la discussion, comme les institutions de psychiatrie qui pratiquent la psychothérapie institutionnelle et qui se remettent infatigablement en question. Je terminerai ce chapitre sur des mots d'Hélène Chaigneau, médecin très active de ce mouvement :

« Je crois que le nerf de la psychothérapie institutionnelle, c'est bien cette tendance anti-consensuelle, cette absence de peur du conflit pour laisser s'installer et triompher paisiblement l'attitude qui consiste à regarder le conflit en face et voir ce qu'on peut en faire, et arriver

par une analyse tous ensemble à distinguer le compromis inévitable
de la compromission condamnable. »³⁵⁵

C'est-à-dire que le premier point en direction de la bien-traitance serait de bien
traiter l'institution.

. ~ .

355. CHAIGNEAU, H., *Paroles, Institutions* - Collection « La boîte à outils », 2011, p. 62.

Chapitre 7

(R)établissement et plasticité institutionnelle

Nous avons considéré le rétablissement dans son acception d'une possibilité de changement de position existentielle. Ce rétablissement se distingue donc de celui qui est considéré en terme médical comme une guérison. Il se distingue également du rétablissement en tant qu'orientation des services de soin ou de prise en charge lorsqu'elle se fonde sur des faits objectifs.

La définition "restreinte" du rétablissement que nous avons choisie est celle d'un rétablissement subjectif qui consiste en un mouvement psychique qui modifie le rapport au monde et aux autres. Elle dissocie le rétablissement de l'évolution clinique de la maladie et ne peut être évaluée que subjectivement. C'est la modalité qui ressort des divers récits des personnes qui en ont traversé l'épreuve, sans toujours la nommer rétablissement, et qui ne sont pas nécessairement des militants du mouvement du *recovery*. La question qui nous a intéressés est celle du soutien qu'une institution peut apporter à cette transformation subjective. Nous avons soutenu que ce mouvement subjectif demandait une conception des modalités de prise en charge institutionnelles incluant la pratique d'une « plasticité institutionnelle » qui fait souvent défaut dans les établissements de soins traditionnels.

Dans ce dernier chapitre, nous reprenons les points clés du raisonnement et les implications pratiques qui en découlent.

7.1 Le rétablissement, un mouvement psychique

7.1.1 Une transformation non-linéaire

Le rétablissement est décrit dans la littérature comme un processus non-linéaire. Le fait que les effets psychiques ne soient pas proportionnels aux causes maté-

rielles qui les ont déclenchés et qu'il puisse exister des seuils au delà desquels une réaction se manifeste, n'est pas nouveau. Au quotidien du travail en institution, on s'en rend vite compte lorsqu'une parole, voire un simple regard, ont des effets catastrophiques en fonction de l'interprétation singulière que le sujet leur donne. C'est encore plus manifeste si les trajectoires individuelles ne sont pas contraintes, c'est-à-dire si les mouvements sont rendus possibles par un degré de liberté important (au travers de la circulation de la parole, des échanges, de la conflictualisation, de la remise en question d'un ordre établi). Par catastrophique, il faut entendre au sens de René Thom, non pas désastreux, mais qui induit un "changement soudain de mode de fonctionnement sans rapport avec l'intensité du changement dans le paramètre de contrôle". Une boule de neige, ou le battement d'aile d'un papillon, peuvent déclencher des effets dont ils ne sont pas la cause, mais un déclencheur dans une chaîne de causalité non-linéaire. Cette hypothèse, qui résulte de l'observation clinique, est difficile à valider car les conditions matérielles d'une non-linéarité ne sont pas reproductibles. Elle n'est évidente qu'a posteriori, pour chaque individu, et se manifestent par des bifurcations, des changements de trajectoires qui dépendent d'infimes variations dans les conditions initiales et de la rencontre d'un déclencheur.

Dans une perspective déterministe (distincte des aspects de prévisibilité) nous avons relié cette non-linéarité du processus à celle de l'existence d'un paysage interne propre au sujet et constitué de positions plus ou moins stables qui dépendent de ses conditions initiales, c'est-à-dire de son vécu singulier. Nous avons proposé la notion de « paysage existentiel ».

7.1.2 Une issue au sein d'un paysage existentiel

A l'instar de l'espace des phases propre à chaque système dynamique en fonction de sa composition, le paysage existentiel serait l'ensemble des trajectoires possibles d'un système dans l'espace des paramètres qui déterminent son comportement. Nous avons vu qu'il existait potentiellement des "attracteurs" dans cet espace, qui forment des points de convergences des trajectoires qui passent dans leur proximité. Le paysage existentiel représenterait ces positions de stabilité vers lesquelles le sujet tend lorsque sa trajectoire l'amène à proximité de ces positions. Ces positions potentielles correspondent à une vision du monde particulière, à une façon de se positionner dans un certain rapport au monde et aux autres. Elles dépendent de la « texture », de la façon dont la personne s'est construite dans une certaine structuration et ne sont accessibles que dans un contexte où les sollicitations permettent aux trajectoires de s'approcher de leur périmètre.

Précisons que la notion de stabilité ne doit pas être confondue avec celle de confort ou d'intégration psychosociale... elle peut très bien correspondre à un

état de confusion ou à un état jugé psychopathologique. La stabilité fait ici simplement référence à la profondeur d'un puits de potentiel, à son pouvoir d'attraction, à l'intensité de la perturbation qui permettrait de s'en dégager.

Les positions de stabilité de son paysage existentiel sont donc celles dans lesquelles le sujet « se retrouve », dans le sens où ce sont des positions singulières dans lesquelles il échoue du fait de l'attraction qu'elles exercent sur sa trajectoire.

La position de « patient », dénoncée par les militants en ce qu'elle a d'objectivant pour le sujet, serait une position de stabilité *forcée* par des contraintes, mais qui ne fait pas nécessairement partie du paysage existentiel du sujet. C'est en ce sens qu'on peut parler d'*assignation* à une position de « patient ». Elle présente la particularité d'être un puits de potentiel profond, surtout si la médication est importante ou que les conditions de prise en charge induisent un effet psychologique (notamment de perte du sentiment de contrôle du sujet sur des décisions qui le concernent). Le fait qu'elle soit assignée n'empêche cependant nullement que cette position puisse être souhaitée par le sujet, en particulier si elle se substitue à un état de détresse ou de confusion élevées. Un problème survient néanmoins lorsque le « patient » n'est plus capable de modifier sa trajectoire par lui-même et que cette position s'internalise comme faisant partie de son paysage existentiel, un processus renforcé par l'autostigmatisation, l'intériorisation des préjugés stigmatisants concernant les troubles mentaux et leur prétendue chronicisation. Le sujet *devient* un malade, voire un malade à vie. Ce problème, qui relève de la centralité de la maladie, et souvent qualifié de *dis-empowerment*, peut subsister même lorsque les contraintes imposées du fait institutionnel sont relâchées.

C'est dans ce contexte de *dis-empowerment* que les militants du *recovery* posent la question du rétablissement, que nous avons pris le parti de traduire en terme de « changement de position existentielle ». Mais bien plus généralement, le travail présenté ici ne concerne pas uniquement le passage d'une position assignée à une autre qui serait davantage choisie ou satisfaisante, mais le passage d'une position de stabilité à une autre.

Pour décrire ce changement de position au sein d'un paysage existentiel, nous nous sommes inspirés d'un phénomène naturel et non-linéaire qui se produit dans les cristaux. L'éloignement entre les objets de ces deux univers de référence évite toute comparaison, et nous permet de nous focaliser sur les modes opératoires possibles pour un tel changement.

7.1.3 Plasticité structurale et « texture psychique »

Dans un premier temps, nous avons voulu pointer la différence entre une structure qui peut être fixe, et la variété des structurations que son fonctionnement peut produire. Cela nous a semblé important, car même si l'usage de la notion de structure n'est plus si prégnante en psychiatrie, il demeure que l'organisation psychotique est encore largement considérée dans les faits comme une pathologie chronique qui empêche l'accès à des modalités de fonctionnement articulables au monde réel. Le premier point était donc de montrer que ce que l'on peut penser figé comme un cristal est en réalité capable de réaménagements internes. Cela nous a amenés, en partant de la notion de structure telle que suggérée initialement par Freud, à nous décaler de celle-ci et de son usage traditionnel, pour introduire la notion de « texture », en tant que formation produite par la structure, formation qui est diversifiée, individuante et évolutive.

Rappelons que la texture qualifie et quantifie l'ensemble des orientations cristallines présentes dans un champ cristallin, et que l'orientation d'un cristal est ce qui détermine son comportement par rapport à une contrainte externe. Trois points relatifs à l'influence mutuelle de la texture et de la plasticité sont alors à retenir : tout d'abord, la contrainte résolue³⁵⁶ pour un cristal ne correspond pas à la contrainte réelle, mais dépend de son orientation face à celle-ci : la *texture initiale* a donc un impact sur la valeur de la contrainte et donc sur la réponse en plasticité ; ensuite, la plasticité découlant de cette contrainte a pour effet de modifier l'orientation du cristal : la texture *s'actualise* donc lors des interactions avec le monde externe ; et cette plasticité laisse également une trace sous la forme d'une structuration interne : des distorsions locales sont à l'origine de *contraintes internes*.

Ces trois points sont compatibles avec la définition d'une « texture psychique » qui se conçoit comme un certain rapport que le sujet entretient avec le monde externe, qui résulte des interactions antérieures avec son environnement et qui influence son comportement ultérieur. Non seulement cette texture présente de grandes variétés, mais elle peut évoluer, car elle porte en elle, sous la forme de traces du passé, les germes d'un changement du type de celui que nous définissons comme le rétablissement.

7.1.4 Tensions internes et modes de relaxation

La structuration interne qui se produit au cours du processus de plasticité cristalline, et qui est déterminée par ce rapport au monde, est une façon singulière d'ordonner les défauts de structure (dislocations) dans des configurations de

356. Terme exact utilisé en mathématiques, plus juste que « perçue ».

moindre énergie (en entités microscopiques de cellules et de murs). Cette structuration se produit en continu au cours des sollicitations, mais elle présente une limite : l'énergie bloquée augmente, la matière se durcit et sa capacité à répondre avec plasticité diminue. S'il n'y a pas de relaxation des tensions internes, le mode de réponse à la contrainte externe devient alors l'endommagement et peut mener à la rupture.

Il est toujours possible de relaxer ces contraintes internes par un traitement adapté diminuant la densité des défauts qui en sont la source : c'est le phénomène de « restauration », que nous avons comparé à la stabilisation par médication ou au "cuivre" des thérapies visant à diminuer les symptômes. Ce traitement baisse le niveau énergétique de la structuration mais n'en change pas la forme. Une certaine capacité à la plasticité est retrouvée mais la texture est inchangée. Le rapport au monde est le même.

A partir d'un certain seuil d'énergie bloquée dans la structure, un second phénomène peut se produire : la « recristallisation ». Ce seuil correspond à la possibilité d'une déstabilisation de l'état actuel sous l'effet d'une perturbation. Nous l'avons qualifié de *métastable*, dans le sens, en physique, où il s'agit d'un état d'équilibre stable, mais caractérisé par un niveau énergétique élevé. Cette transformation se produit par la croissance catastrophique d'une entité singulière qui réalise, en modifiant la structuration environnante dans son processus, un changement textural global. Les tensions internes sont relaxées et l'aptitude à la plasticité est retrouvée intégralement (même si celle-ci se perd à nouveau rapidement dans les sollicitations continues de notre environnement... puis se retrouve et peut se perdre à nouveau).

De ces deux types de transformations, restauration et recristallisation, il n'y en a pas une qui soit plus souhaitable que l'autre pour la dynamique du psychisme. Certaines positions existentielles peuvent être satisfaisantes tout en induisant de fortes tensions internes qui sont supportées, relâchées sommairement de temps en temps, voire recherchées, éventuellement uniquement dans le but de leur relaxation. Cependant le type de changement qu'est la recristallisation nous semble analogue au rétablissement dans le sens où il crée un nouveau rapport à soi, aux autres et au monde. Il est un nouveau sens, une nouvelle façon d'ordonner les événements, qui s'initie à partir d'un élément précurseur dans l'individu.

7.1.5 Passage d'une position existentielle à une autre

Le germe de la recristallisation est une cellule sub-micronique de la structuration métastable, dont le statut de germe n'est constaté qu'après sa croissance.

On sait maintenant depuis une vingtaine d'années que cette cellule ne se forme pas *ab initio* par une agitation brownienne des atomes qui permettrait une réorganisation de moindre énergie, mais qu'il s'agit bien d'une cellule *déjà présente* dans une région structurée singulièrement. Plus précisément, nous avons vu que cette cellule n'a rien de particulier en elle-même si ce n'est de se trouver dans un environnement qui lui confère une singularité : c'est le contexte dans lequel elle se trouve qui la place dans une position de germe potentiel.

Ce contexte, pour un traitement bien tempéré (compromis entre la restauration nécessaire et superflue, cf. page 118), permet à ses frontières d'acquérir une mobilité suffisante pour que la cellule croisse aux dépens d'un environnement hautement énergétique qui lui fournit sa force motrice. D'une cellule sub-micronique se développe donc un "nouveau" cristal dont l'orientation est celle d'une entité initialement presque invisible mais bien présente. Il n'est donc "nouveau" qu'à l'échelle méso ou macroscopique du comportement.

Ce schéma opératoire est cohérent avec le rétablissement si on le considère comme la découverte d'une nouvelle vision du monde qui devient accessible parmi les positions potentielles d'un paysage existentiel. Les entités presque invisibles seraient déjà là, comme des traces liées à des événements de l'histoire de la personne, mais dont elle n'a pas nécessairement une connaissance consciente. Dire que ces traces sont structurées singulièrement revient à dire qu'elles prennent un sens dans le contexte psychique du sujet. Elles deviennent alors les germes potentiels d'une nouvelle position, qui peut se développer, en actes, si le sujet en a l'opportunité et la capacité dans son environnement actuel.

7.1.6 Mobilité et force motrice

Si l'approche psychanalytique paraît efficace pour délimiter des germes potentiels à partir des traces, en ce qu'elle fait travailler le sujet sur l'élaboration d'un sens dans son contexte historique, l'approche par une certaine réhabilitation lui est indéniablement complémentaire pour développer les capacités au mouvement. Il faut bien être « capable » de s'habiller, de sortir de chez soi, de prendre le bus en affrontant le regard des autres, pour aller au Club. Mais dans le schéma opératoire que nous proposons, l'efficacité sur le traitement de la psychose résulterait d'une *conjonction* entre le sens d'un acte et son opportunité d'exercice.

Considérer le rétablissement comme un changement de position dans un paysage singulier, signifierait une articulation entre ces approches. Une institution susceptible d'accompagner une telle transformation les articule, car elles tiennent compte à la fois de la « mobilité » M et de la « force motrice » P nécessaire à un mouvement psychique (à la vitesse $V = M \times P$, cf. page 117). Nous avons

exposé un premier style de pratique dans un club thérapeutique. Parmi ses caractéristiques, on peut retenir l'accent mis sur la « structuration » des traces – l'élaboration, au cours d'un travail multi-transférentiel, du sens qu'elles peuvent prendre pour devenir des germes potentiels – ainsi que la croissance d'un germe lors de l'entrée en action dans des praticables. Il n'y est pas question d'entraînement aux habiletés sociales en dehors de cette pratique, fondée sur la création d'opportunités qui sont *non prévisibles a priori*. Celles-ci sont pensées pour que la trajectoire de vie d'une personne se retrouve dans les attracteurs de son paysage existentiel, fussent-ils très peu visibles. Ces opportunités d'agir s'articulent dans un collectif – qu'elles modifient par là-même – par le processus de la psychothérapie institutionnelle qu'est « l'institutionnalisation ».

C'est à cet endroit de la mise en acte d'un potentiel singulier dans une réalité partagée – qui, en quelque sorte, change le monde – que le sujet développe son *empowerment*.

Cet exercice requiert une dynamique institutionnelle que nous avons appelée une « plasticité institutionnelle » et qui implique tous les acteurs du lieu. Nous avons exposé dans le chapitre 6 le cas d'une institution pour laquelle la pratique d'une telle transformation est quasiment impossible. Du fait de son mode de gouvernance, la hiérarchie des valeurs n'y est pas discutable ; l'absence de démocratie, ou même d'un espace de négociation pour des décisions à prendre, fussent-elles minimales, induisent un empêchement de la fonction soignante en ce qu'elle consiste à soutenir et restaurer cette capacité à prendre des décisions. Le sujet est alors placé dans l'incapacité d'explorer la totalité de son potentiel par des paramètres contraints, ce qui peut aboutir à un renoncement à tout changement, en restant dans une position de patient docile.

Nous pensons qu'un des rôles de l'institution est de soutenir l'exploration de ce paysage existentiel.

7.2 Les établissements et le rétablissement

7.2.1 Plasticité institutionnelle

Nous avons soutenu qu'un accompagnement dans cette transformation subjective nécessitait une « plasticité institutionnelle ». Celle-ci se manifeste par une prise « en charge » réelle – la "charge" étant une sollicitation source de tensions internes restructurantes – ou, autrement dit, pour éviter la connotation de passivité liée à celui qui serait pris en charge, une « prise en compte », où le lieu d'accueil se laisse affecter, et donc potentiellement transformer, par les personnes qui le fréquentent.

Le lieu se prête d'abord comme support d'une inscription possible pour le sujet et ce faisant, il se déforme déjà. Cette inscription est la manifestation d'un transfert qui est imprévisible, dans le sens où il relève de l'articulation du sujet avec un fragment d'objet (espace, chose, personne) dont on lui a laissé le loisir de se saisir. Cette imprévisibilité sous-entend donc l'existence d'espaces de liberté, la préservation de la possibilité d'imprévu, de moments lacunaires, ou comme le dit Jean Oury, d'espaces de « jachère » où un humus peut se former par dépôt progressif, un travail de la terre dont la « sous-jacence » permettra, à un moment, que quelque chose puisse germer. Il importe donc de prendre le temps, dans une attente active de travail du terrain. Un temps d'une durée difficilement compatible avec une séparation complète des actions de soin des actions sociales inscrites dans le quotidien, si elle réduit le soin à une action ponctuelle de prestation. Or ce premier temps est nécessaire pour un travail « centré sur la personne » qui ne soit pas uniquement « centré sur les capacités de la personne ». C'est un temps qui exige un travail sur l'ambiance du lieu, afin que les personnes soient vraiment libres de se saisir des opportunités transférentielles ; un temps de découverte d'une liberté de mouvements exploratoires ; un temps où se déploie une parole, qui, non seulement compte pour chacun, mais est encouragée, entendue, reprise, afin de laisser une trace qui puisse être articulée à d'autres pour prendre sens.

La transformation du lieu se réalise ensuite à partir des traces du transfert sur l'institution que font toutes les personnes qui la traversent, et ceci quels que soient leurs statuts. Dans ce deuxième temps, c'est-à-dire après que le lieu a assumé sa fonction de support, le travail institutionnel est un travail d'élaboration à partir de ces traces afin que certaines entités prennent sens dans le contexte actuel de la personne et du lieu. C'est un travail d'articulation du singulier au collectif qui émerge d'un Collectif. Il se fonde sur un transfert multi-référencé, et conduit, dans l'agir, à la fois à une modification pour la personne et pour le lieu dans lequel cette transformation s'inscrit.

L'établissement qui fait preuve d'une telle plasticité institutionnelle est donc en perpétuel mouvement : il vit en se transformant de façon non-linéaire au gré des rencontres, de sorte qu'il se découvre de nouvelles modalités de fonctionnement, de nouvelles manières d'être praticable, aussi diverses qu'il maintient la diversité des personnes qu'il accueille et que cet accueil le travaille. De même que certains comparent le rétablissement individuel à une lutte³⁵⁷, le travail au sein d'un tel

357. Voir par exemple, l'intervention de Céline Letailleur, paire-ingénieure de recherche, chargée de la recherche participative au COFOR, lors du colloque à l'occasion des 25 ans du PsyCom « Maux croisés - Parler de santé mentale sans stigmatiser », 13 nov. 2017, dont la vidéo est visible à l'adresse <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Actualites-du>

établissement se fait toujours dans une certaine tension, mais au sens positif du maintien d'une métastabilité, dont le travail métaphorique de structuration est une source de transformation permanente. L'établissement de soin *devient* alors une institution, au sens particulier où l'entend la psychothérapie institutionnelle d'une primauté de l'instituant sur l'institué.

7.2.2 Incidences du mode de gouvernance

Dans un établissement qui ne fonctionne pas selon un mode démocratique, ce travail est nettement plus difficile. Nous avons vu dans le chapitre 6 – dans une institution bien dotée financièrement et qui répond à une demande sociale de satisfaction des besoins – comment la centralisation du pouvoir de décision pouvait engendrer un malaise institutionnel. La priorité donnée à certaines valeurs, et en particulier à la « protection de la vulnérabilité », conduit à une restriction arbitraire de la liberté individuelle des personnes au travers du poids négligeable accordé à leur parole. Nous avons vu également que cette priorité n'était pas fondée moralement sur une vulnérabilité foncière, mais motivée en réalité par la protection de la tranquillité ou de la responsabilité juridique de certains de ses acteurs décisionnaires. Si des signes de métastabilité se manifestent dans ce type d'institutions, ceux-ci sont immédiatement stabilisés au sens d'une « restauration », afin d'éviter une transformation et pour conserver l'ordre initial. La « gestion des risques » normalement liée à la vulnérabilité, n'en est plus une, puisqu'elle n'est pas discutée au cas par cas, mais dictée pour l'ensemble des personnes accueillies et des salariés dans le but de maintenir un statu quo non conflictuel. Au lieu d'être considérée comme une question d'éthique, la gestion des risques se transforme alors en un contrôle permanent, une surveillance du travail de ceux qui n'ont statutairement pas de pouvoir décisionnaire, une planification des activités et des allers et venues de chacun.

Dans ce type d'établissement – qui n'est pas si caricatural qu'il le paraît – la plasticité institutionnelle est impossible, car celle-ci s'initie au niveau d'un positionnement individuel, grâce à une errance qui permet une exploration existentielle. Or pour qu'il y ait errance, il faut qu'il y ait une circulation non contrainte dans un espace différencié. Un espace où le jeu est possible, de sorte que chacun puisse s'y retrouver ou se fabriquer une place. La plasticité institutionnelle y est impossible, car ce jeu n'existe pas : les places ne restent jamais vacantes, toute lacune, qui permettrait une circulation d'objets et une articulation inédite au monde, est immédiatement colmatée afin que l'avenir reste prévisible, aux dépens du devenir des personnes.

Psycom/Retour-en-images-sur-les-25-ans-du-Psycom-Maux-Croises.-Parler-de-sante-mentale-sans-Stigmatiser.-Decouvrez-les-videos-de-la-journee-anniversaire.

Nous pensons que le mode de gouvernance est un élément déterminant dans le soutien qu'il est possible d'apporter à l'exploration de son paysage existentiel. Le vide nécessaire aux mouvements psychiques et institutionnels, le « défaut » dans la structure qui autrement ne peut que répondre par le clivage, peut être interprété comme un manque, un manque de contrôle, et en cela il est en rapport avec le mode de gouvernance. Ce manque de contrôle volontaire donne un degré de liberté supplémentaire à un système qui est alors dans la possibilité d'articuler un nombre bien plus élevé de mouvements. Il s'agit donc d'accepter (voire de provoquer en « programmant le hasard ») que "les choses ne se passent pas comme prévu", afin d'ouvrir à la possibilité de nouvelles trajectoires pour tous et par conséquent pour l'institution. C'est difficilement envisageable sans considérer le pouvoir d'agir limité des personnels de l'institution.

7.2.3 *Empowerment* des personnels

Dans l'établissement traditionnel tel que celui qui est décrit dans le chapitre 6, les salariés s'accommodent le plus souvent de la situation dans laquelle ils exercent leurs activités. Ils reconnaissent manquer d'autonomie dans leur travail quotidien, souffrent de ne pas pouvoir agir librement avec les personnes qu'ils accompagnent en fonction de ce qu'elles demandent, regrettent qu'il n'y ait pas de véritables discussions qui permettraient de ne pas toujours accorder la priorité à la protection de personnes invariablement perçues selon leur vulnérabilité. Mais cette insatisfaction engendre du découragement ou de la colère sans que ceux-ci ne conduisent à une forme d'émancipation collective. Le fait est que chaque salarié a peur que ses conditions de travail ne lui soient rendues personnellement encore plus difficiles. Les timides initiatives de pétitions, de rapports à la direction générale, n'ont jamais abouti faute de signatures, ou ont laissé des traces probantes de leur inutilité. Le sentiment internalisé de ne pas pouvoir modifier l'organisation débouche alors sur l'exécution passive de sa tâche, moyennant quelques stratégies d'évitement de dissonances cognitives, ou, lorsque l'étau se resserre de façon plus personnelle, sur la démission³⁵⁸.

Comment imaginer que des salariés devant agir selon des règles qu'ils contestent

358. Plus précisément, il y a extrêmement peu de démissions, mais des « abandons de poste » : le salarié ne vient plus du jour au lendemain. Cette forme de séparation permet au salarié de toucher une allocation de retour à l'emploi (assedics) que ne permet pas la démission. Une autre forme le permettant serait possible, la « rupture conventionnelle », mais l'institution devrait alors payer une indemnité de licenciement (qui est très faible pour ce type de structure), ce qu'elle refuse. Les salariés qui n'ont pas encore trouvé d'alternative professionnelle disparaissent donc sans prévenir, et s'abstiennent de répondre aux deux lettres recommandées qui leur sont adressées, afin que soit déclaré l'abandon de poste. Pendant deux mois le poste n'est pas pourvu, le non-dit est respecté sans que personne ne soit dupe, et les salariés restant s'organisent. L'inquiétude évidente des « personnes accueillies » est gérée par des mensonges standardisés. En fonction de ses conditions de départ et en général avec beaucoup d'émotions, le salarié revient à la fin du processus « faire un pot », en présence de la direction, pour dire au-revoir aux résidents...

mais qui sont non discutables, puissent promouvoir le pouvoir d’agir d’autres personnes ? Le discours des militants sur l’empowerment ne porte pas uniquement sur des modèles abstraits de la maladie, mais surtout sur la façon dont ils ont été traités *concrètement* dans les services de soin. Il pose donc la question de la transformation de ces lieux de soin. Et cette transformation ne se produira pas dans des postures factices de « bienveillance » et des protocoles et labels qui en découlent. Ne pas reconnaître l’aliénation sociale de tous les salariés, et supposer que l’assignation à une position d’objet provient uniquement d’une asymétrie statutaire soignant-soigné, voile le problème de fond. Ainsi voilé, imaginer une solution à la transformation des institutions dans l’engagement de pair-aidants parmi les salariés n’est pas non plus une solution, car ils se retrouvent dans un milieu aliénant qui n’est pas travaillé. Au lieu de transformer les institutions de soin – c’est-à-dire de travailler l’aliénation sociale qu’elles reflètent de toute la société – une solution plus radicale est de redéfinir leur périmètre. C’est-à-dire de séparer ce qui relève du « soin », sous-entendu du médical, du traitement de la maladie, de ce qui relève du social, de la citoyenneté, d’une position dans le monde. C’est un peu le glissement que l’on retrouve avec l’usage du concept de rétablissement, lorsqu’il est défini par contraste avec la guérison, la rémission, le médical... glissement qui conduit à un rejet de tout ce qui à trait à une thérapeutique.

7.3 Glissements de sens

Les concepts de rétablissement et de pouvoir d’agir, voire d’*empowerment*, figurent à présent littéralement dans les textes des lois et des décrets en France. Les *Agences régionales de santé* (ARS), la *Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie* (CNSA) ou la *Direction générale de la cohésion sociale* (DGCS) utilisent ces termes de façon commune pour promouvoir un modèle tourné vers l’autonomie en terme de logement, d’emploi et de socialisation³⁵⁹. Concernant les groupes d’entraide mutuelle – mais également dans une certaine mesure pour l’insertion professionnelle – il y est implicitement considéré que les méthodes précédentes, censées être soutenues par un modèle de psychiatrie traditionnelle, ne sont pas suffisamment efficaces car elles ne sont pas orientées vers la reprise d’un pouvoir d’agir.

Ainsi, dans un récent rapport de l’Ancreai sur l’effet qualitatif des GEM sur leurs adhérents – réalisé à la demande de la CNSA – les clubs thérapeutiques y sont décrits comme des groupes d’entraide mutuelle « ex-clubs thérapeutiques, encore sous l’emprise de la psychiatrie », la présence de psychologues attestant du fait qu’il y est question de « soin ». Les notions de « prendre soin » les uns

³⁵⁹. Ils correspondent à la promotion et au financement de modèles de « logement inclusif », « emploi accompagné » et « groupes d’entraide mutuelle ».

des autres, d'un soin qui se ferait au quotidien d'un agir ensemble, qui suppose une « attention à des détails » que l'on partage dans un « souci » éthique d'élaboration pour un autre que l'on reconnaît en peine de ce processus, d'un soin qui pourrait émerger de la rencontre d'une différence, d'une diversité d'autres... Tout cela est maintenant censé se produire naturellement par le simple fait d'être ensemble.

Le fait que la psychothérapie institutionnelle (ainsi nommée...) se soit construite en réaction à la psychiatrie traditionnelle et travaille au quotidien contre toute aliénation sociale, ou le fait que les clubs aient été vus en France comme des associations d'usagers analogues à celles qui ont inspiré le *recovery movement* aux États-Unis, et que leur point commun ait sans doute été de lutter contre toute assignation ou réification... tout cela semble progressivement s'oublier dans un glissement indolore vers l'autonomie-indépendance. Ce qui compte, c'est de se soutenir pour devenir un citoyen à part entière, loin des soignants qui essaient vainement de guérir sinon de stabiliser à outrance. Le fait que le citoyen soit aussi un sujet, que ce n'est pas qu'une question de droits, que la maladie puisse s'inviter au quotidien et que c'est dans cette quotidienneté que les effets thérapeutiques puissent être le plus efficace, ne paraît plus pertinent. La personne devient un citoyen avant d'être un sujet.

Pourtant, la souplesse d'un dispositif associatif tel que celui des GEM, le fait que, sur le principe au moins, chacun puisse y venir à son gré, participer à sa structure, leur diversité maintes fois soulignées, ont sans doute pour ceux qui les fréquentent un effet thérapeutique. Il ressort cependant de discussions avec plusieurs animateurs ou "gemmeurs" que l'accueil inconditionnel y est rarement travaillé. Or c'est précisément cet accueil qui est générateur de contraintes fortes, sources de conflits qui obligent à un travail de l'articulation du singulier au collectif; il est à l'origine de la tension par laquelle émergent de nouvelles représentations du monde et qui permet des passages de positions existentielles à une autre. C'est dans cette tension que se travaille l'être-ensemble dans cette micro-société qu'est le club ou le gem. Mais sans animateur suffisamment alerte pour repérer ce qui est qualifié de difficile dans le travail, les personnes « les plus malades » n'ont bien souvent « pas leur place au GEM » (parfois après un "stage" d'une quinzaine de jours) ou en sont rapidement exclues après un "incident" qui enfreint le règlement. Bien que ces décisions soient généralement prises par le conseil d'administration du GEM, celui-ci n'est pas toujours indépendant des organisations gestionnaires qui soutiennent l'association (lorsqu'il y en a une, ce qui est la majorité des cas pour les GEM, mais le Club des Peupliers, par exemple, est auto-géré par les adhérents). La présence d'un ou deux professionnels, souvent en position hiérarchique vis-à-vis des animateurs

et même s'ils n'ont qu'une voix consultative, biaise l'issue de ces discussions, la parole n'y étant plus réellement libre. Ce n'est pourtant pas une fatalité, mais c'est une question d'aliénation qui demande à être travaillée. Car lors de ces décisions prises en CA, c'est encore une question de « responsabilité » qui est invoquée. Un certain type de responsabilité qui est progressivement internalisé par les animateurs, les gemmeurs.

Le dernier « cahier des charges », datant de 2016 et voulant définir ce que doit être la structure de ces associations³⁶⁰, rappelle précisément que l'objectif est d'aboutir à une gestion directe par les membres. Mais une difficulté reste que l'émancipation ne se décrète pas, elle nécessite une analyse institutionnelle constante où l'on reconnaît, comme le dirait Oury, que « ça ne va pas de soi » et où l'on décide de « ne pas s'en laisser passer une ». Elle ne concerne d'ailleurs pas seulement les personnes en position de gestionnaires ou d'animateurs, mais toute personne qui fréquente le groupe en tant qu'elle est susceptible d'incarner une responsabilité, un pouvoir, une parole qui fait davantage autorité.

Ce dernier cahier des charges est paradoxal. Dans le même temps où il insiste sur l'importance de l'auto-détermination de ces associations dans leur choix pour « retrouver une vie sociale satisfaisante », il leur indique une visée en précisant « et notamment en travaillant sur le retour ou le maintien dans l'emploi ». Le terme, peu commun, utilisé pour définir sa fonction première est celui de « réhabilitation sociale » et pas psychosociale. Mais il ne concerne que « des personnes ayant une problématique de santé similaire » (comme il est précisé et pas « la grande exclusion »). Il va même jusqu'à choisir le mot qui doit être utilisé pour nommer ceux qui fréquentent l'association : « le mot "usager" n'est pas retenu ; le GEM n'étant pas par définition une structure médico-sociale. Les termes "membres" et "adhérents" sont donc utilisés, "membre" renvoyant à toute personne venant au GEM, "adhérent" aux personnes ayant validé leur adhésion à l'association constitutive du GEM ». Il indique également que ceux qui ne désireraient pas adhérer immédiatement se verront « temporairement » établir un « contrat visiteur ». N'est-on pas, avec l'évolution de ce « cahier des charges », en train de colmater un espace qui donnerait une liberté de choix dans une auto-détermination là où on en a le plus besoin ?

Le discours de ces instances décisionnaires sur la promotion du rétablissement et la lutte contre la discrimination témoigne encore d'un autre glissement : celui de spécifier les groupes d'entraide pour répondre à des besoins pré-identifiés selon les différentes pathologies, gem spécialisé dans les « troubles psychiques »

³⁶⁰. Arrêté du 18 mars 2016 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles (AFSA1607270A, version consolidée du 3 juillet 2017).

(2005), gem « lésion cérébrale » (2011), gem « autisme » (2018³⁶¹)... Non seulement cela risque de cloisonner ces lieux en groupes homogènes, mais cela donne aussi l'impression que ce qui compte pour le sujet (l'utilisateur en l'occurrence) est son diagnostic. À moins que cela ne réponde à une demande des usagers ou de leurs proches de se distinguer de la folie, ou encore d'une réponse à peu de frais à un manque de places dans les structures d'accueil du médico-social...

· ~ ·

361. La "Maison de l'autisme" à Mulhouse est le premier GEM Autisme créé en France depuis la promulgation du 4ème plan autisme (avril 2018) et selon leur site Internet « s'adresse à un public adulte avec autisme sans déficience intellectuelle ».

Conclusion

Le « rétablissement » est un concept émergeant dans le champ dit de la santé mentale, et dont la définition fluctue selon les personnes qui l'emploient, le vivent, le critiquent, ou le déclinent dans les politiques de soin.

Au niveau individuel, le rétablissement se définit par la reprise d'une vie satisfaisante pour la personne, malgré la maladie dont les symptômes peuvent toujours faire l'objet d'une prise en charge médicale. Concernant les psychoses, l'observation du rétablissement spontané de certains patients, même en l'absence d'actions de réhabilitation spécifiques, remet donc en cause l'idée des modèles traditionnels d'une détérioration fonctionnelle liée à la chronicité de la maladie, où seule une stabilisation pourrait être recherchée. Le mouvement militant du *recovery* vise à faire reconnaître ce fait clinique et à promouvoir les conditions permettant de favoriser son processus, aux niveaux médical, social et politique.

De son origine, au sein du mouvement militant du *recovery*, aux États-Unis dans les années soixante, on constate que les politiques de santé mentale menées actuellement se réfèrent davantage au fait que c'est un mouvement « d'usagers », qu'elles ne rappellent les revendications initiales de ces derniers. En effet, alors que les *survivors*, principalement américains, revendiquaient des conditions d'émancipation d'un rôle de patients auquel les institutions psychiatriques les avaient assignés, la traduction qui a été faite de leur discours s'est réduite à celle d'une volonté d'indépendance à l'égard de ces mêmes établissements, symbolisée par une forte dés-institutionnalisation. La réponse plus actuelle donnée en terme d'émancipation/indépendance est celle d'un égal accès aux opportunités du monde ordinaire (logement, emploi, relations sociales) au travers d'un accompagnement individuel ou groupal permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour s'y maintenir. L'*empowerment* est alors plus un pouvoir d'agir sur soi et sur ses capacités d'adaptation, qu'un pouvoir de se libérer d'une stigmatisation et d'une assignation qui se surajoute à la maladie, même si l'effet produit peut être bénéfique à l'individu. Cette approche plus citoyenne que soignante, reconnaît les effets potentiellement iatrogènes de l'institution mais ne les considère pas comme une aliénation sociale contre laquelle il serait possible

de lutter. En dépit d'une prise de conscience croissante de l'impact majeur de la stigmatisation, il n'est guère envisagé concrètement de remettre en cause le regard que la société porte sur la folie – peut-être par sentiment d'impuissance – ni même les conditions dans lesquelles cette société pourrait l'accueillir.

Mais le rétablissement n'est pas que l'usage qui en est fait à un niveau politique. C'est aussi un fait. À côté de la visée médicale de guérison ou du moins de rémission symptomatique, au-delà des mouvements militants, au-delà des mesures mises en place, il y a des personnes vivant avec des troubles psychotiques qui parviennent à re-trouver une position existentielle qui les satisfait, parmi et avec les autres dans une réalité partagée. Elles décrivent leur cheminement personnel comme une transformation, où la maladie, toujours présente, n'est plus centrale dans une vie maintenant soutenue par d'autres centres d'intérêts. C'est cette notion du rétablissement en tant que processus de transformation subjective que nous avons développée dans ce travail. L'approche que nous avons suivie est interdisciplinaire. Il s'agissait de faire un pas de côté pour saisir ce que pouvait être les grandes lignes d'une telle transformation et d'en retracer les conditions de possibilité. Nous avons convoqué pour cela des modèles dont les objets de départ sont très éloignés mais qui sont le lieu de transformations présentant des similitudes dans leurs modes opératoires. Notre choix s'est porté sur des modèles scientifiques actuels, permettant de comprendre non seulement que des objets aussi structurés que les cristaux ont une plasticité, mais également les facteurs impliqués dans ce processus. Analogiquement, cela permet de suggérer que les structures psychiques n'ont rien de définitivement fixé et sont également douées de plasticité, en fonction de facteurs internes et externes, que nous nous sommes attachés à préciser. Les implications pratiques de cette approche sont en premier lieu de prendre acte de la possibilité du rétablissement et d'en tirer les conséquences au plan des modèles psychopathologiques, et ensuite de préciser les facteurs individuels et surtout environnementaux les plus susceptibles de favoriser ce processus.

Partant de la notion de « plasticité », en tant que transformation irréversible qui dépend à la fois de l'objet et de son environnement, nous avons reconsidéré l'approche structurale de la psychopathologie en donnant davantage d'importance à ce qu'un système caractérisé par une structure, et pour figée qu'elle soit, peut produire comme variétés de structurations internes en fonction des interactions avec le monde réel. En nous inspirant de la notion de texture cristalline, qui caractérise l'hétérogénéité des orientations et de la structuration qui se dessinent dans un polycristal de structure donnée, nous avons alors proposé d'adjoindre à la notion de structure celle de « texture psychique ». La texture psychique est le produit d'une articulation historique aux événements de la vie.

Elle qualifie un rapport au monde dans l'actuel, qui est singulier et évolutif. Nous avons explicité le mécanisme par lequel la texture cristalline produite par la plasticité contenait, sous forme de traces des interactions passées, des éléments précurseurs d'une transformation ultérieure. Ces éléments précurseurs sont des cellules de dislocations microscopiques (résultant d'une structuration des traces en configurations de moindre énergie) dont la singularité ne réside que dans leur rapport à leur voisinage. Elles ne sont identifiables, et qualifiées de « germes » de recristallisation, qu'après-coup, une fois qu'un traitement de déstabilisation a assuré leur croissance effective.

Avec cette hypothèse de la texture, on peut également interpréter la dynamique du psychisme comme l'effet du rapport des traces entre elles, l'effet de leur articulation, qui est un effet d'historicisation. Le germe résulterait alors de l'effet de sens qui émerge de ce rapport contextuel. Sa croissance – tout comme les germes cristallins modifient la texture, en imposant leurs orientations à leurs voisinages – signifierait une nouvelle orientation, un nouveau rapport au monde, un nouveau positionnement existentiel pour le sujet.

Nous avons qualifié l'ensemble des entités singulières susceptibles de se développer en germes de « paysage existentiel ». Le paysage existentiel est l'ensemble des positions dans lesquelles le sujet peut se re-trouver avec une certaine stabilité, celle-ci étant liée au sens singulier qu'une nouvelle position prend pour le sujet et dans le monde qui l'entoure. Bien que déterminées, ces positions restent peu lisibles tant que la trajectoire du sujet ne le conduit pas en leur proximité, c'est-à-dire tant qu'il ne peut se saisir d'une opportunité de s'y positionner. Elles sont non détectables si ce n'est, après-coup, dans un contexte qui permet leur croissance, ce contexte étant celui de rencontres ou d'opportunités qui procurent une déstabilisation.

Dans ce cadre conceptuel et théorique, une première définition du rétablissement en santé mentale peut alors être celle d'un passage d'une position de « malade » ou de « patient » – qui n'est pas propre au paysage existentiel du sujet mais résulte d'une assignation – à l'une de ces positions nouvelles, dont la possibilité et l'origine se trouvent dans le paysage existentiel du sujet, sous la forme de traces qui prennent un sens singulier dans un contexte adéquat.

Ce passage requiert un événement externe qui fait apercevoir un possible, et une décision du sujet. C'est une rencontre qui modifie sa trajectoire de vie, mais qui est imprévisible a priori. Parce qu'il nécessite la déstabilisation d'une position stable dans l'actuel, ce passage ne se produit que si le système est dans un état de tension interne que nous avons qualifié de « métastable ». Selon cette conception, on peut craindre que cette tension créatrice qu'est la métastabilité puisse se perdre dans les actions médicales visant prioritairement la stabilisation,

mais elle se récupère dans les sollicitations diverses de l'environnement que le sujet subit comme des contraintes structurantes.

Une seconde définition du rétablissement serait alors – au-delà du passage d'une position assignée à une autre – l'habileté à réaliser ces passages d'une position existentielle à une autre, en maintenant un cycle dynamique d'acquisition de tensions internes et de relaxation dans une position nouvelle.

Alors que la plupart des modélisations du rétablissement pointent l'importance du deuil nécessaire d'une vie passée – antérieure à la maladie – pour aller de l'avant, dans la conception que nous soutenons, il s'agit plutôt de rompre ou de transformer certains liens *actuels* pour atteindre un état métastable et retrouver une position subjective. Les déterminants que sont l'espoir et la croyance d'une vie normalisée dans le monde ordinaire, sans être complètement dérisoires, n'en sont pas les valeurs cardinales, contrairement à une présentation courante, voire dominante, du rétablissement dans l'approche anglo-saxonne. La capacité à supporter l'incertitude et à prendre des risques le serait bien davantage. Le rétablissement est en effet ici un processus qui met en jeu les pulsions de mort dans ce qu'elles ont de puissance créatrice, en plaçant le sujet de manière lucide dans le registre de la survie et du précaire.

Une telle description du processus de rétablissement subjectif engage un environnement adéquat, qui n'est pas celui du monde social ordinaire lorsqu'il s'agit de personnes vivant avec une psychose, en premier lieu parce que la dissociation rend l'articulation entre les traces d'événements plus difficile, et ensuite parce que cela nécessite la création concrète d'opportunités d'agir. Il est rare (mais pas impossible) qu'un environnement naturel ou habituel suffise à offrir ces ressources, qui sont justement celles que l'on peut attendre des pratiques soignantes. La fonction métaphorique, qui produit un effet de sens, peut plus sûrement être soutenue par plusieurs personnes travaillant à cet effet dans un collectif. Il importe alors de partager les traces, même infimes, d'un transfert multi-référencé qui se manifeste sur les personnes et objets d'investissement. Mais au contraire de réunions qui viseraient à évaluer la progression dans un "projet individuel" dont les objectifs auraient éventuellement été fixés en amont avec l'individu, c'est ici un partage sans but précis – puisque ce sens émerge *pour* le sujet dans l'opacité de son paysage existentiel – si ce n'est que ce sens puisse se prendre dans une réalité partagée avec d'autres. C'est donc une élaboration collective qui préserve la « co-errance » nécessaire pour se retrouver quelque part. Et c'est dans cette co-errance que le lieu de soin se crée.

En effet, dans la conception que nous soutenons, le sujet en rétablissement existentiel utilise le milieu comme un moyen d'acquiescer du pouvoir d'agir. Tout comme le germe cristallin puise sa force motrice dans un environnement qu'il modifie par sa croissance, le sujet aussi modifie son milieu au travers d'une ar-

tication fantasmatique à la diversité des objets présents. Dans les lieux qui travaillent selon cette perspective du rétablissement, les incessantes créations, rétractations ou transformations des praticables – ces scènes où cette articulation peut trouver lieu – en sont les manifestations institutionnelles. Ces mouvements ne sont pas à confondre avec un chaos, car ils sont sous-tendus par un langage (comme des instances décisionnelles démocratiques) et un travail d'élaboration qui en définissent la logique. Ils traduisent la nécessaire « plasticité institutionnelle » du lieu d'accueil de sujets en quête d'un nouveau rapport au monde et aux autres. Dans le contexte de la recherche sur le rétablissement et selon notre optique, cette transformation irréversible du lieu dont le sujet est à l'origine, peut être saisie comme une manifestation de son *empowerment*. Plutôt que de référer l'*empowerment* à l'acquisition d'une capacité d'adaptation au monde, la plasticité institutionnelle signifie alors un pouvoir d'agir sur celui-ci, en définissant l'institution comme le monde fabriqué par ceux qui le fréquentent.

Une condition nécessaire pour qu'une rencontre puisse faire vaciller le sujet de sa position de stase, est que le lieu offre, sans incitation à s'en saisir, une variété d'objets d'investissement potentiel. Cela se traduit, notamment dans les clubs thérapeutiques, par une circulation fluide des personnes et par des lieux d'inscription possible suffisamment distincts les uns des autres pour que le passage du sujet entre ceux-ci devienne signifiant. Dans tous les groupes, le maintien de cette distinctivité et de la fonction d'accueil est un travail de veille constant car le mouvement naturel tend à l'homogénéisation des lieux et des personnes qui le fréquentent. C'est pourtant précisément dans l'accueil d'un flux de sujets qui ne se ressemblent pas que l'institution trouve sa principale source d'énergie, qu'elle devient métastable et donc apte à se transformer sous la charge des individus. Dans cette conception, ce n'est donc plus le sujet qui est pris en charge par une institution qui saurait comment l'accompagner, mais c'est plutôt l'institution qui est surprise par la charge du sujet, au sens où celui-ci constitue une sollicitation qui la transforme.

Ce pas de côté interdisciplinaire nous a permis de dégager une perspective du rétablissement individuel dont les coordonnées se distinguent d'un idéal d'autonomie et d'indépendance qui prendrait sa source dans un désir de normalité. La perspective que nous proposons ne s'y oppose pas, mais elle pose le rétablissement plus largement comme un processus de « passages », d'une position symbolique à une autre, au sein d'un paysage existentiel singulier. Elle met au premier plan l'auto-détermination du sujet face au choix de ses positions subjectives, et soulève par là-même deux difficultés. La première est que ce choix s'opère dans un espace psychique dont la structure échappe au sujet par son opacité et que personne ne peut prétendre rendre transparent. La seconde dif-

ficulté est que ce processus, caractérisé par l'entretien d'une métastabilité, est dynamique et se révèle dans son inachèvement. Cette perspective complexifie alors considérablement le soutien institutionnel qu'il est possible d'apporter à cette transformation. Les visées poursuivies ne peuvent plus être objectives. Seule resterait la visée de favoriser l'exploration de ce « paysage existentiel » en travaillant l'habileté à passer d'une position à une autre.

Les groupes d'entraide mutuelle paraissent être des espaces possibles pour le déploiement de tels processus, en tant qu'ils sont structurés selon un mode associatif, que les contraintes externes et injonctives qui pèsent sur ceux-ci sont encore faibles et qu'ils peuvent donc fabriquer leurs propres modalités d'existence. A condition toutefois qu'ils résistent au repli homogénéisant qui guette paisiblement tout groupe d'individus, qu'ils supportent la vacance qui permet de se maintenir dans un état métastable source d'inventions, et restent ouverts à un flux de sujets dont la singularité compte, leurs moindres gestes étant la source d'une plasticité institutionnelle susceptible d'effets de sens pour un autre.

· ~ ·

Bibliographie

- Dictionnaire *Trésor de la langue française* informatisé, *Atilf-CNRS*, (URL: <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>).
- « *Le cinquantenaire du Club des Peupliers* », *Actes du Colloque du 20 nov. 2010*, Éditions du Club des Peupliers, 2010.
- ALLEN, Amy, « Feminist Perspectives on Power », *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2005, revised 2016 (URL: <https://plato.stanford.edu/entries/feminist-power/#PowEmp>).
- AMERING, A. et SCHMOLKE, M., *Recovery in Mental Health Recovery in Mental Health - Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities*, Wiley-Blackwell, 2009.
- ANDREASEN, Nancy C, « Clients, consumers, providers, and products : where will it all end ? » *American Journal of Psychiatry*, 152 1995, Nr. 8, p. 1107–1109.
- ANDRESEN, R., OADES, L. et CAPUTI, P., « The experience of recovery from schizophrenia : towards an empirically validated stage model », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 2003, p. 586–594.
- ANDRESEN, Retta, CAPUTI, Peter et OADES, Lindsay, « Stages of recovery instrument : development of a measure of recovery from serious mental illness », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 2006, p. 972–980.
- ANDRESEN, Retta, OADES, Lindsay G et CAPUTI, Peter, *Psychological recovery : Beyond mental illness*, John Wiley & Sons, 2011.
- ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2008.
- ANTHONY, W., « A Revolution in Vision », *Innovation and Research*, 1 1992, Nr. 4, p. Editorial.
- ANTHONY, W., COHEN, M. et FARKAS, M., *Psychiatric Rehabilitation, 2nd Edition*, Boston University, 2002.
- ANTHONY, W.A., « Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 1993, p. 11–23.

- AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*. Vigneux : Matrice 1985.
- BACQUÉ, Marie-Hélène et BIEWENER, Carole, *L'empowerment, une pratique émancipatrice*, La Découverte, 2013.
- BANQUE-MONDIALE, *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 - Combattre la pauvreté*, Éditions Eska, 2001.
- BARTON, R., *Institutional neurosis (1st ed. 1959)*, Bristol - John Wright & sons ltd., 1966.
- BEAUCHAMP, Tom L et CHILDRESS, James F, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA, 2001.
- BEECHER, Henry K, « Ethics and clinical research », *The New England Journal of Medicine*, 274 1966, Nr. 24, p. 1354—1360.
- BELL, R. *et al.*, « developing a job coaching programme for first onset psychosis patients in the southwark first episode psychosis service (first) », *Schizophrenia Research*, 60 2003, p. 332.
- BENGT B. ARNETZ (EDITOR), Rolf Ekman (editor), *Stress in Health and Disease*, Wiley-Blackwell, 2006.
- BESSE, L. de, « L'entraide au Club des Peupliers », . In *Le cinquantenaire du Club des Peupliers*, 2010, p.43–47.
- BION, W.R., « Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques (1957) », In *Réflexion faite*, Presses Universitaires de France, 1983, p. 51–73.
- BION, W.R. et ROBERT, F., *Aux sources de l'expérience (1962)*, Presses Universitaires de France, 1979.
- BLANC, Paul et JUILLHARD, Jean-Marc, *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir*, Sénat N°339 - Session ordinaire de 2002-2003, 2003.
- BLEULER, Manfred, « A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia », *Journal of psychiatric Research*, 6 1968, p. 3–12.
- BOMPARD-PORTE, M., *Les traumatismes psychiques : actes du colloque international Brest 31 mai-1er juin 2002*, Editions L'Harmattan, 2003.
- BOUSSER, A., *Résilience en santé mentale et groupes d'entraide*, L'Harmattan, 2012.
- BRASLOW, Joel Tupper, « The manufacture of recovery », *Annual review of clinical psychology*, 9 2013, p. 781–809.

- BROHAN, Elaine *et al.*, « Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries : the GAMIAN-Europe study », *Schizophrenia research*, 122 2010, p. 232–238.
- BROHAN, Elaine *et al.*, « Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries : The GAMIAN–Europe study », *Journal of affective disorders*, 129 2011, p. 56–63.
- BROWN, Hilary, *Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus*, Conseil de l'Europe, 2003 – Rapport technique.
- BROWN, Ph., « Social implications of deinstitutionalization », *Journal of community psychology*, 8 1980, Nr. 4, p. 314–322.
- BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle von, « Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 4 2002, Nr. 76, p. 99–115.
- BUGGLIN, E, « Chaos et travail psychique », *Le Coq-héron*, 2009, Nr. 198, p. 22–26.
- BURNS, Tom *et al.*, « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial », *The Lancet*, 370 2007, Nr. 9593, p. 1146 – 1152.
- CALVÈS, A.-E., « "Empowerment" : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », *Revue Tiers Monde*, 2009, Nr. 200, p. 735–749.
- CANGUILHEM, Georges, *Le normal et le pathologique (1966)*, Presses universitaires de France, 1975.
- CAUDILL, W., *The psychiatric hospital as a small society*, Harvard University Press, 1958.
- CHAIGNEAU, H., *Paroles*, Institutions - Collection « La boîte à outils », 2011.
- CHAMBERLIN, J., *On our own - Patient-controlled alternatives to the mental health system*, McGraw Hill, 1978.
- CHARLAND, Louis C, « Benevolent theory : moral treatment at the York Retreat », *History of Psychiatry*, 18 2007, Nr. 1, p. 61–80.
- CHAUVIÈRE, Michel, *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*, Les éditions ouvrières, 1980.
- CLOT, Yves, *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, La découverte, 2010.
- CNAAN, R. A. *et al.*, « Psychosocial rehabilitation : Toward a definition », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 1988, p. 61–77.

- CNSA, *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM) - Année 2016*, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2017 – Rapport technique.
- COHEN, B. M.Z., *Mental health user narratives : new perspectives on illness and recovery*, Palgrave Macmillan, 2008.
- COOPER, Cary L et DEWE, Philip J, *Stress : A brief history*, Blackwell Publishing, 2004.
- CORBET, E, « Les concepts de violence et de maltraitance », *Actualité et dossier en santé publique*, 31 2000, p. 20-25.
- CROWTHER, R. *et al.*, « Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review) », *The Cochrane Library*, 11 2010, p. 1-70.
- DARES, « Les facteurs psychosociaux au travail - Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », 2008, Nr. 22.1.
- DAUMÉZON, Georges et KOECHLIN, Philippe, « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais portuguese de psiquiatria*, 4 1952, Nr. 4, p. 271-312.
- DAVIDSON, L., *Living outside mental illness : Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, NYU Press, 2003.
- DAVIDSON, L., « What does it mean to say that recovery is « non-linear » ? » *Recovery to practice weekly highlights 2* 2011, Nr. 5.
- DAVIDSON, L., RAKFELDT, J. et STRAUSS, J., *The roots of the recovery movement in psychiatry - Lessons learned*, Wiley-Blackwell, 2010.
- DAVIDSON, L. *et al.*, « Applying stages of change models to recovery from serious mental illness : contributions and limitations », *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 47 2010, Nr. 3, p. 213-221.
- DAVIDSON, Larry *et al.*, « Peer support among persons with severe mental illnesses : a review of evidence and experience », *World psychiatry*, 11 2012, Nr. 2, p. 123-128.
- DAYNES, G. et LONGO, N.V., « Jane Addams and the origins of service-learning practice in the United States », *Michigan Journal of Community Service Learning*, 2004, p. 5-13.
- DEEGAN, Patricia E, « Recovery as a self-directed process of healing and transformation », *Occupational Therapy in Mental Health*, 17 2002, Nr. 3-4, p. 5-21.
- DEEGAN, P.E., « Rethinking Rehabilitation : Freedom », *In The 20th World Congress of Rehabilitation International : Rethinking Rehabilitation. Oslo, Norway* 2004.
- DEJOURS, Christophe, *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Bayard, Paris, 1993.

- DELEUZE, Gilles et GUATTARI, Félix, *Mille plateaux : Capitalisme et schizophrénie II*, Ed. de Minuit, 1980.
- DELIGNY, Fernand, *Cahiers de l'Immuable N° 1 : voix et voir*, Recherches - revue du Cerfi, 1975.
- DELION, Pierre, *Soigner la personne psychotique*, Dunod, 2005.
- DONAHUE, Anne B, « Riding the mental health pendulum : Mixed messages in the era of neurobiology and self-help movements », *Social Work*, 45 2000, Nr. 5, p. 427-438.
- DUCALET, Philippe, « Démarche qualité et grande vulnérabilité », in *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité* - Coordonné par Sylvie Pandelé, Seli Arslan, 2009, p. 69-78.
- DUPEUX, Michel, *Aide-mémoire - Science des matériaux*, Dunod, 2005.
- DURAND, Bernard, « Les Groupes d'entraide mutuelle : un acquis des usagers », *L'information psychiatrique*, 85 2009, Nr. 9, p. 803-812.
- ETCHEGOYEN, Alain, *Le temps des responsables*, Julliard, 1993.
- EUSE, *Toolkit*, European Union of Supported Employment, 2010 – Rapport technique.
- FARKAS, M. *et al.*, « Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs : Identifying the Critical Dimensions », *Community Mental Health Journal*, 41 2005, p. 141-158.
- FASSIN, D. et RECHTMAN, R., *L'empire du traumatisme*, Flammarion, 2007.
- FISHER, Daniel et AHERN, Laurie, « PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment », *Santé mentale au Québec*, 27 2002, Nr. 1, p. 128-139.
- FREIRE, Paulo, *Pédagogie des opprimés*. Suivi de *Conscientisation et révolution*, François Maspero, 1974.
- FREUD, S., « Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient (1905) », *En ligne sur In Libro Veritas*.
- FREUD, S., « Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique (1911) », *Œuvres complètes, vol.11*, 1998, p. 13-21.
- FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir (1920) », *Œuvres complètes, vol.15*, 2002, p. 277-338.
- FREUD, S., « La disposition à la névrose obsessionnelle - Une contribution au problème du choix de la névrose (1913) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002, p. 189-197.
- FREUD, S., « Le problème économique du masochisme (1924) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002, p. 287-297.
- FREUD, S., « L'inquiétant (1919) », *Œuvres complètes, vol.15*, 2002, p. 151-188.

- FREUD, S., « Névrose et psychose (1924) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002, p. 283–286.
- FREUD, S., « Sur les types d'entrée dans la névrose (1912) », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 2002, p. 175–182.
- FREUD, S., « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse - XXXI^e leçon « La décomposition de la personnalité psychique » (1933) », *Œuvres complètes, vol.19*, 2004, p. 140–163.
- FREUD, S., « De la Psychothérapie (1904) », In *La technique psychanalytique*, PUF, 2010, p. 13–24.
- FREUD, S., « L'analyse finie et l'analyse infinie (1937) », *Œuvres complètes, vol.20*, 2010, p. 13–55.
- FREUD, S., « Les voies de la thérapie psychanalytique (1918) », *La technique psychanalytique*, PUF, 2010, p. 145–154.
- FREUD, S., « Remémoration, répétition et perlaboration (1914) », *La technique psychanalytique*, PUF, 2010, p. 117–126.
- GALATZER-LEVY, Robert M., « Chaotic possibilities : Toward a new model of development », *The International Journal of Psychoanalysis*, 85 2004, Nr. 2, p. 419–441.
- GEANELLOS, R., « Adversity as opportunity : Living with schizophrenia and developing a resilient self », *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 2005, p. 7–15.
- GIMENEZ, Guy, « La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe : du chaos dissociant à une possible polyphonie », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47 octobre 2006, Nr. 2, p. 79–91.
- GLAZER, Nathan, « The Social Policy of the Reagan Administration : A Review », *The Public Interest*, 75 1984, p. 76–98.
- GOFFMAN, Erving, *Asiles - Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus (1961)*, Editions de Minuit, 1968.
- GREACEN, T. et JOUET, E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie - Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, érès, 2012.
- GROB, Gerald N., « Historical origins of deinstitutionalization », *New Directions for Mental Health Services : Deinstitutionalization*, 1983, Nr. 17, p. 15–29.
- GROB, Gerald N., « Mental health policy in late twentieth-century america. In *American Psychiatry After World War II (1944-1994)*, ed. Menninger, R.W. and Nemiah, J.C., American Psychiatric Press, Inc. » 2000, p. 232–258.

- GROTSTEIN, JS, « Néant, non-sens chaos et le trou noir. L'importance du néant, du non-sens et du chaos en psychanalyse », *Revue Française de Psychanalyse*, 1991, p. 871–892.
- GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité (1970)*, éd. La Découverte, 2003.
- HABERMAS, Jürgen, *Morale et communication*, (1983) - trad. Ch. Bouchindhomme, Les ed. du Cerf, 1986.
- HABERMAS, Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, (1991) - trad. M. Hunyadi, ed. du Cerf, 1992.
- HARDING, CM *et al.*, « The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I : Methodology, study sample, and overall status 32 years later. » *The American journal of psychiatry*, 144 1987, Nr. 6, p. 718–726.
- HARLOW, H., « The Nature of Love », *American Psychologist*, 13 1958, p. 673–685.
- HARRISON, Glynn *et al.*, « Recovery from psychotic illness : a 15-and 25-year international follow-up study », *The British Journal of Psychiatry*, 178 2001, Nr. 6, p. 506–517.
- HINSHAW, Stephen P, *Breaking the Silence : Mental Health Professionals Disclose Their Personal and Family Experiences of Mental Illness*, Oxford University Press, USA, 2008.
- HOFFMANN, H. *et al.*, « A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 2012, p. 157–167.
- IONESCU, S., *Traité de résilience assistée, dir. Serban Ionescu*, PUF, 2011.
- IONESCU, S., STIEFFATRE-NASCIMENTO, M. et GOUSSÉ, V., Chap. La résilience des personnes présentant des troubles mentaux : perspectives pour l'intervention In « Traité de résilience assistée, dir. Serban Ionescu », PUF, 2011, p. 247–282.
- JACOBSON, Nora et CURTIS, Laurie, « Recovery as policy in mental health services : Strategies emerging from the states », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 2000, Nr. 4, p. 333–341.
- JUCHET, J. et POSTEL, J., « Le "surveillant" Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière », *Histoire des sciences médicales*, 30 1996, p. 189–198.
- KANT, E., *Fondements de la métaphysique des moeurs (1785) - Trad. V. Delbos*, Delagrave - Paris, 1957.
- KANT, E., « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? (1784) », *Trad. J.F. Poirier et F. Proust, Garnier-Flammarion* 1991.
- KAPSAMBELIS, Vassilis, « L'opposition entre « structure » et « travail psychique » en psychopathologie », *L'Évolution psychiatrique*, 65 2000, Nr. 3, p. 559–576.

- KRISTEVA, Julia, « Par-delà la structure : une renaissance de l'espace psychique », *L'Évolution psychiatrique*, 65 2000, Nr. 3, p. 469–475.
- KUBIN, Ladislav, « Imperfections cristallines hors surface », *Techniques de l'ingénieur. Sciences fondamentales*, 1987, Nr. A243, p. A243—V1.
- KUCHARAVY, Dmitry et DE GUIO, Roland, « Application of S-shaped curves », *Procedia Engineering*, 9 2011, p. 559–572.
- LABERON, Sonia, BAROU, Diana et RIPON, Albert, « Risques psychosociaux au sein de l'institution militaire : l'effet médiateur du style de management perçu », *Le travail humain*, 79 2016, Nr. 4, p. 363–393.
- LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. » In *Écrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 531–583.
- LACAN, J., « La signification du phallus », In *Écrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 685–695.
- LACAN, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. » In *Écrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 793–827.
- LACAN, J., *Encore, Le Séminaire, Livre XX (1972-1973)*, Ed. du Seuil Paris, 1975.
- LACAN, J., « Ouverture de la section clinique », *Ornicar*, 9 1977, p. 7–14.
- LACAN, J., *L'envers de la psychanalyse, Le Séminaire, Livre XVII (1969-1970)*, Ed. du Seuil Paris, 1991.
- LACAN, J., « Radiophonie (1970) », *Autres écrits*, Ed. du Seuil, 2001, p. 403–448.
- LACAN, J., ... *Ou pire, Le Séminaire, Livre IXX (1971-1972)*, Ed. du Seuil Paris, 2011.
- LAGEMANN, E.C., *Jane Addams - On education*, Transaction Publishers, 1985.
- LAMB, Susan D, *Pathologist of the mind : Adolf Meyer and the origins of American psychiatry*, Johns Hopkins University Press, 2014.
- LANDSBERG, Peter Th, « Time in statistical physics and special relativity », . In *The Study of Time*, Springer, 1972, p. 59–109.
- LANDSBERG, Peter Th, « Usages et limites du concept d'entropie », *Communications*, 41 1985, Nr. 1, p. 63–80.
- LANFREDI, M *et al.*, « Self-stigma as a mediator between social capital and empowerment among people with major depressive disorder in Europe : The ASPEN study », *European Psychiatry*, 30 2015, p. 58–64.
- LAPLANCHE, J. *et al.*, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France. PUF, 1992.
- LAZARUS, Richard S, « Psychological stress and the coping process », 1966.
- LAZARUS, Richard S, « From psychological stress to the emotions : A history of changing outlooks », *Annual review of psychology*, 44 1993, Nr. 1, p. 1–21.

- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing Company, 1984.
- LE BOSSÉ, Y., « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'*empowerment* », *Nouvelles pratiques sociales*, 2003, Nr. 2, p. 30–51.
- LEMAY, M., « Déterminismes et résilience », *Empan*, 2005, Nr. 57, p. 77–86.
- LESTIENNE, Rémy, *Les fils du temps - Causalité, entropie, devenir*, CNRS Editions, 1990.
- LIBERMAN, Robert Paul et KOPELOWICZ, Alex, « Recovery from schizophrenia : a challenge for the 21st century », *International Review of Psychiatry*, 14 2002, p. 245–255.
- LIEBERMAN, Morton A et SNOWDEN, Lonnie R, « Problems in assessing prevalence and membership characteristics of self-help group participants », *The Journal of applied behavioral science*, 29 1993, Nr. 2, p. 166–180.
- LOMBARD, Jean, « La bientraitance, une approche philosophique », *Journée professionnelle de l'IRTS - Réunion "Bientraitance, mythe ou réalité"*, 10 sept, 2014.
- LORENZ, K., « Vergleichende Bewegungsstudien an Anatiden », *Journal für Ornithologie*, 89 1941, p. 194–293.
- MAGNY-LECOY, P. *et al.*, « Les moments intenses en thérapie familiale : phases de bifurcation chaotique », *Générations*, 1995, Nr. 2, p. 43–48.
- MAGNY-LECOY, P. *et al.*, « Les moments intenses en thérapie familiale systémique : de l'intuition clinique à l'analyse mathématique », *Synapse*, 1995, Nr. 119, p. 63–68.
- MARTIN, Angélique, *La « violence institutionnelle » comme question scientifique. Trajectoire d'un militant et médecin : Stanislas Tomkiewicz (1925-2003)*, Mémoire de Master 2 - sous la direction de Pascale Quincy-Lefebvre, Université d'Angers, 2014.
- MCINNES, M.M. *et al.*, « Does Supported Employment Work ? » *Journal of Policy Analysis and Management*, 29 2010, p. 506–525.
- MCLEAN, Athena Helen, « From ex-patient alternatives to consumer options : Consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement », *International Journal of Health Services*, 30 2000, Nr. 4, p. 821–847.
- MESSERSCHMIDT, Ulrich, *Dislocation dynamics during plastic deformation*, Volume 129, Springer Series in Materials Science, 2010.
- MOLINIER, Pascale, « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010, Nr. 2, p. 99–110.

- MORNET, J., *Psychothérapie institutionnelle - Histoire et actualités*, Champ social éditions, 2007.
- MORNET, Joseph, « Psychothérapie de groupe et psychose », *VST - Vie sociale et traitements*, 3 2007, Nr. 95, p. 30–39.
- MOULIAS, Robert, MOULIAS, Sophie et BUSBY, Françoise, « Edito. La "bien-traitance" : qu'est-ce que c'est ? » *Gérontologie et société*, 33 2010, Nr. 2, p. 10–21.
- MUESER, Kim T *et al.*, « Illness management and recovery : a review of the research », *Psychiatric services*, 53 2002, Nr. 10, p. 1272–1284.
- MUESER, KT et MCGURK, SR, « Supported employment for persons with serious mental illness : current status and future directions », *L'Encéphale*, 40 2014, p. S45–S56.
- NARAYAN, Deepa, *Autonomisation et réduction de la pauvreté*, Traduction de : *Empowerment and poverty reduction. A sourcebook* (2002), Éditions Saint-Martin, 2004.
- NASLUND, JA *et al.*, « The future of mental health care : peer-to-peer support and social media », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25 2016, p. 113–122.
- NERI, C., « La notion élargie de champ », *Psychothérapies*, 27 2007, Nr. 1, p. 19–30.
- NOLL, Richard, *American Madness : The Rise and Fall of Dementia Praecox*, Harvard University Press, 2011.
- NOWAK, Andrzej, VALLACHER, Robin R et ZOCHOWSKI, Michal, « The emergence of personality : Dynamic foundations of individual variation », *Developmental Review*, 25 septembre 2005, Nr. 3-4, p. 351–385.
- ONKEN, S. J. *et al.*, « An analysis of the definitions and elements of recovery : A review of the literature », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 2007, Nr. 1, p. 9–22.
- ONKEN, Steven J *et al.*, « Mental health recovery : What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators », *Prepared for National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors* 2002.
- OURY, J., « Transfert et espace du dire », *L'information psychiatrique* 59 1983, Nr. 3.
- OURY, J., *Le Collectif, Séminaire de Sainte-Anne 1984-85*, Editions du Scarabée, CEMEA, 1985.
- OURY, J., Chap. Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle (1967) In « *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* », Les éditions du Champ social, 2001, p. 167–177.

- OURY, J., « L'aliénation », *Tijdschrift Psychiatrie voor I.P.* 3 2003, p. 5–14.
- OURY, J., Chap. Le corps et ses entours : la fonction scribe In « Corps, Psychose et Institution, *ed. P. Delion* », érès, 2007, p. 21–27.
- OURY, J., « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles », *Vie sociale et traitements*, 2007, Nr. 95, p. 110–125.
- OURY, J., GUATTARI, F. et TOSQUELLES, F., *Pratique de l'institutionnel et politique*, Ed. Matrice, 1985.
- OURY, J. et MICHAUD, G., « Psychothérapie institutionnelle - Une introduction », *En ligne sur le site euro-psy.org*.
- OURY, Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle - Traces et configurations précaires*, Les éditions du Champ social, 2001.
- PACHOUD, B., « Le rétablissement comme processus - L'expérience du rétablissement, un changement de perspective et de posture pour chacun des acteurs de la santé mentale », *Pluriels* 2012, Nr. 94-95.
- PACHOUD, B et ALLEMAND, Ch, « Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de «job coaching») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique », *L'Évolution Psychiatrique*, 78 2013, Nr. 1, p. 107–117.
- PACHOUD, B et CORBIÈRE, M, « Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche », *L'encéphale*, 40 2014, p. S33–S44.
- PARSONS, M.B. *et al.*, « Reducing job coach assistance for supported workers with severe multiple disabilities : an alternative off-site/on-site model », *Research in Developmental Disabilities*, 21 2001, p. 151–164.
- PELLETIER, Jean-François et DAVIDSON, Larry, « À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin », *Santé mentale au Québec*, 40 2015, Nr. 1, p. 19–33.
- PETIT, L., « Activité, expérience et présomption de compétences », *In Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Strasbourg 28-31 août 2007.
- PORTES, Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Presses Universitaires de France, 1954.
- PRADO, Christel et MAGOS, Isabelle, « L'entraide », *L'école des parents*, 2011, Nr. 5, p. 29–31.
- PRAGIER, G. et FAURE-PRAGIER, S., *Repenser la psychanalyse avec les sciences*, PUF, Le fil rouge, 2007.
- PRIGOGINE, I., *La fin des certitudes : temps, chaos et les lois de la nature ; Avec la collab. d'Isabelle Stengers*, Odile Jacob Paris, 1996.

- PRIGOGINE, I. et STENGERS, I., *La nouvelle alliance*, Gallimard, 1979.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. et NORCROSS, J.C., « In search of how people change - Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, 47 1992, Nr. 9, p. 1102–1114.
- PRUNGNAUD, P., « « Bienvenue au Club » », *Pratiques en santé mentale*, 50 2004, Nr. 3, p. 17–22.
- PRUNGNAUD, P., « Du Club au "Hors-Club" ou "la Bande à Moebius" », . In *Le cinquantenaire du Club des Peupliers*, Editions du CLub des Peupliers, 2010, p. 59–71.
- PUC, M., « Table ronde - Le Club 50 ans plus tard », . In *Le cinquantenaire du Club des Peupliers*, 2010, p. 48–54.
- QUINODOZ, J.M., « Transitions dans les structures psychiques et théorie des systèmes complexes », *Revue française de psychanalyse*, 68 2004, Nr. 5, p. 1689–1707.
- RAPOPORT, Danielle, « De la prévention de la maltraitance à la "bien-traitance" envers l'enfant », *Informations sociales*, 2010, Nr. 4, p. 114–122.
- RAPPAPORT, J., « Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention : Toward a Theory for Community Psychology », *American Journal of Community Psychology*, 15 1987, Nr. 2, p. 121–148.
- REICH, J.W., ZAUTRA, A.J. et HALL, J.S., *Handbook of adult resilience*, Guilford Press, 2010.
- REICHEN, M.J. (dir.), *L'Enfant en pouponnière et ses parents : conditions pour une étape constructive*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation française, 1997.
- RINALDI, Miles et PERKINS, Rachel, « Vocational rehabilitation for people with mental health problems », *Psychiatry*, 6 2007, Nr. 9, p. 373–376.
- RITB, « Recovery in the bin - 18 key principles », *Asylum Magazine*, 2015 (URL: <http://asylummagazine.org/2015/10/recovery-in-the-bin/>).
- ROBERTS, Andrew, « A crusade for dignity », *The Guardian* 03/09/2008.
- ROBERTS, G. et WOLFSON, P., « The rediscovery of recovery : open to all », *Advances in Psychiatric Treatment*, 10 2004, p. 37–49.
- ROSAR, Ch., *J'ai survécu à la psychiatrie*, Max Milo, 2013.
- ROSENBERG, B., « Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie », *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse* 1991.
- ROSENFELD, Herbert, « A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts : an investigation into the aggressive aspects of narcissism », *International Journal of Psychoanalysis*, 52 1971, Nr. 2, p. 169–78.

- ROSSIGNOL, Christian, « Quelques éléments pour l'histoire du "Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral" de 1943 », *Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"*, 1998, Nr. 1, p. 21–39.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques, *Du contrat social (1762)*, Beaulavon, 1903.
- RUTTER, M., « « La résilience en face de l'adversité » Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques », *Études sur la mort*, 2 2002, Nr. 122, p. 123–146.
- SARACENO, B., « In *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Gilles Vidon », éditions Frison-Roche, 1995, p. 13–15.
- SARDENBERG, Cecília M.B., « Liberal vs. Liberating Empowerment : A Latin American Feminist Perspective on Conceptualising Women's Empowerment », *IDS Bulletin*, 39 2008, Nr. 6, p. 18–27.
- SCHARFF, David E. et PROCCI, Warren R., « Chaos theory as a new paradigm in psychoanalysis : a contribution to the discussion of models », *The International Journal of Psychoanalysis*, 2002, Nr. 83, p. 487–490.
- SCHNEIDER, J., Chap. Employment support in the UK : where are we now ? In « New thinking about mental health and employment (ed. B. Grove, J. Secker, P. Seebohm) », Radcliffe Publishing Ltd, 2005, p. 51–59.
- SCOTT, P et CHARTERIS, J, « Stress ; strain – what's in a name ? » *Ergonomics SA*, 15 2003, p. 67–69.
- SEN, Gita et GROWN, Caren, *Development, crises and alternative visions - Third world women's perspectives*, New Feminist Library, 1987.
- SLADE, M *et al.*, « International differences in understanding recovery : systematic review », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21 2012, p. 353–364.
- SMARK, C. J., « Dorothea Dix : A Social Researcher and Reformer », *Women in Research Conference, Central Queensland University, Gladstone, 24-25 November 2005*.
- SOLOMON, Phyllis, « Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. » *Psychiatric rehabilitation journal*, 27 2004, Nr. 4, p. 392–401.
- SOUSLOVA, O., « Les voyages », . In *Le cinquantenaire du Club des Peupliers*, 2010, p. 36–42.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty, *Les subalternes peuvent-elles parler ? (1988)*, Éd. Amsterdam, 2009.
- STANTON, Alfred H et SCHWARTZ, Morris S, *The mental hospital : A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. Tavistock Publications Limited, 1954.
- STRAUSS, J., « Subjectivity and Severe Psychiatric Disorders », *Schizophrenia bulletin* 37 2011, Nr. 8–13.

- SUPLIGEAU, M.O., « Clubs thérapeutiques et "groupes d'entraide mutuelle" : héritage ou rupture ? » *Vie sociale et traitements*, 2007, Nr. 95, p. 54–62.
- SVANDRA, Philippe, « Le soin n'est pas soluble dans la bienveillance », in *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité* - Coordonné par Sylvie Pandelé, De Boeck, 2013, p. 65–76.
- SZABO, Sandor, TACHE, Yvette et SOMOGYI, Arpad, « The legacy of Hans Selye and the origins of stress research : a retrospective 75 years after his landmark brief "letter" to the editor of *Nature* », *Stress*, 15 2012, Nr. 5, p. 472–478.
- TASSIN, J.-P., « Les sources biologiques de l'excitation », *Enfances & Psy*, 2001, p. 15–25.
- THATCHER, Andrew et MILNER, Karen, « Stressor - (stress) - strain : expanding on a name. » *Ergonomics SA*, 13 01 2003, p. 53–56.
- THIÉTART, Raymond-Alain et FORGUES, Bernard, « La dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations », *Revue française de gestion*, 160 février 2006, Nr. 1, p. 47–66.
- TOMKIEWICZ, Stanislaw, « Institutions : un enfer pavé de bonnes intentions (1991) », *Journal du droit des jeunes*, 2013, Nr. 4, p. 24–29.
- TOSQUELLES, F., « Une politique de la folie », *Chimères*, 1991, Nr. 13, p. 66–81.
- TOSQUELLES, F., *De la personne au groupe - À propos des équipes de soin (1995)*, érès, 2003.
- TOSQUELLES, F., *L'enseignement de la folie (1992)*, Dunod, 2014.
- UNAPEI, Livre blanc - *Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société ; prévenir, repérer, agir*. Unapei, 2000.
- VIDON, G., « Comment le terme de réhabilitation est-il apparu dans notre environnement culturel ? » In *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix-Marine*. ed. J.P. Arveiller, érès, 2002, p. 237–244.
- VILLE, Isabelle, FILLION, Emmanuelle et RAVAUD, Jean-François, *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience*, De Boeck Université, 2014.
- VIROLE, Benoît, *Sciences cognitives et psychanalyse*, Presses universitaires de Nancy, 1995.
- WANG, Katie *et al.*, « Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment », *Psychiatry research*, 259 2018, p. 526–531.
- WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet Helmick et JACKSON, Don D, *Une logique de la communication*, Ed. du Seuil Paris, 1972.
- WEBER, J-C, « Douleur, éthique et « bienveillance » », *Éthique & Santé*, 8 2011, Nr. 4, p. 191–197.

- WENK, Hans-Rudolf et VAN HOUTTE, Paul, « Texture and anisotropy », *Reports on Progress in Physics*, 67 2004, p. 1367—1428.
- WERNER, E., « Resilience and Recovery : Findings from the Kauai Longitudinal Study », *Focal Point*, 19 2005, Nr. 1, p. 11–14.
- WERNER, E.E. et SMITH, R.S., *Journeys from childhood to midlife : Risk, resilience, and recovery*, Cornell University Press, 2001.
- ZALTZMAN, Nathalie, « La pulsion anarchiste (1979) », In *Psyché anarchiste, débattre avec Nathalie Zaltzman*, Presses Universitaires de France, 2011, p. 15–79.

Appendices

Annexe A

Annexe au chapitre 2 - La notion de résilience

Dans les parties qui suivent, je tente de cerner ce que divers chercheurs et praticiens entendent par ce concept polymorphe de résilience, son origine métaphorique et les contextes où il est utilisé en psychologie.

A.1 Tentative de définition

Le terme de résilience est emprunté à un domaine des sciences dites dures, en l'occurrence la métallurgie. Dans ce domaine précis, la résilience désigne une mesure de la *ténacité*, c'est-à-dire la capacité d'un métal à résister à la propagation d'une fissure lors d'un choc³⁶². Si la notion correspond relativement bien à cette définition à son origine, nous verrons qu'elle s'en éloigne progressivement, au point où la littérature actuelle n'en retient quasiment plus que la notion d'élasticité face à un choc³⁶³ (soit la partie de la déformation qui est réversible et conduit à un retour de la matière à son état initial). Il me semble donc intéressant d'insister sur le fait que fondamentalement, la résilience traduit la résistance à la propagation d'un défaut, d'une première fissure, et qu'elle n'exclut pas une certaine plasticité (une déformation irréversible).

Les définitions de la résilience en psychologie varient selon la littérature, avec des glissements de sens invoquant tantôt la *survivance*, en référence à la résistance psychique face aux traumatismes (donc un événement soudain), tantôt le fait de réussir à *s'en sortir contre toute attente*, lorsqu'il s'agit de traumatismes chroniques ou d'environnements délétères (aussi appelés facteurs de risques), ou

362. La résilience est l'énergie maximale (par unité de surface) qu'un échantillon de métal préalablement entaillé peut absorber et restituer lors d'un choc, soit, en pratique, l'énergie de rupture.

363. C'est-à-dire principalement l'étymologie, d'origine latine *resilire* - signifiant *se retirer de, sauter en arrière* - et traduit par résilier, rebondir.

sans référence précise au contexte, un *ressort invisible*, vu comme une faculté de se relever ou de rebondir contre tout type d'adversités, que possèderaient ou développeraient certaines personnes³⁶⁴. La citation suivante du pédopsychiatre québécois Michel Lemay résume assez bien ces propositions :

« Le concept de résilience est en lui-même bien simple : tout en ne niant pas les souffrances qu'elles ont pu vivre, certaines personnes osent dire : *Nous avons pu non seulement survivre mais rebondir et, dans une certaine mesure, utiliser les adversités rencontrées pour bâtir notre identité*. Ce n'est pas une théorie mais une constatation »³⁶⁵.

Retenons peut-être que le concept recouvre une certaine forme de *restauration* face à un événement stressant (métaphore de l'élasticité ou encore de l'homéostasie) et également une forme de *durabilité* (comme une capacité à poursuivre son développement malgré l'adversité).

A.2 Historique du concept

On peut situer l'origine des recherches sur la résilience au début des années 50, avec l'étude longitudinale des psychologues américaines Emmy Werner et Ruth Smith : sur une cohorte d'environ 700 enfants exposés dès leur naissance à plusieurs facteurs de risque, elles ne détectent, contre toute attente, aucun trouble du développement pour un tiers d'entre eux. Elles les décrivent comme « vulnérables, mais invincibles ».

●●● L'étude portait sur une cohorte de 698 enfants nés en 1955 dans l'île Kauaï de l'archipel d'Hawaï et dont 30% avaient subi l'effet d'au moins quatre facteurs de risque quand à un développement pathologique ou limité (pauvreté, stress périnatal, conflits familiaux, divorce, alcoolisme ou maladie mentale des parents). Les données, recueillies entre la naissance et les 40 ans des sujets, attestent de l'existence d'un processus de résilience malgré les facteurs de risque auxquels ils ont été exposés, puisque près d'un tiers de ces enfants ne présentaient aucun trouble d'apprentissage ou de difficultés d'adaptation (ils sont "heureux et intégrés"). Elles constatent que ces enfants, « vulnérables, mais invincibles », présentent certains traits de caractères communs (qu'elles qualifient notamment de *sens de l'autonomie*, *estime de soi satisfaisante* et *orientation sociale positive*), qui ne seraient pas vus comme un "tempérament" (organiciste) mais comme un trait de "personnalité", apprécié subjectivement (la qualité de vie perçue par le fait de pouvoir lui donner un sens par exemple). Deux articles récents reprennent les principaux résultats de

364. Le concept peut aussi faire référence à la *désistance*, c'est-à-dire la résistance acquise à la réitération criminelle. Enfin il peut recouvrir aussi une idée d'étayage dans la construction (voire de dépassement) de soi, lorsque le traumatisme devient le point d'un "nouveau départ" (comme en fait état Boris Cyrulnik, qui a contribué à la popularité de la notion en France, lorsqu'il évoque son impression de "2^e naissance").

365. LEMAY, M., « Déterminismes et résilience », *Empan*, 2005, Nr. 57.

cette étude : Werner et Smith³⁶⁶ et Werner³⁶⁷. ●●●

D'autres recherches princeps ont été menées, à la même époque, notamment par le pédopsychiatre anglais Michael Rutter qui met en avant des « facteurs de protection » et des « processus interactifs », dépendant à la fois de la *constitution* (les différences individuelles, comprenant une composante expérientielle) et de l'*environnement* (principalement le soutien social), chez des enfants qui parviennent à un développement correct, en dépit d'expériences de vie stressantes.

●●● A partir de la fin des années 60 et jusque dans les années 80, Michael Rutter [1933-] mène une étude sur des enfants de 10 ans issus de milieux défavorisés, ou séparés de leurs mères, ou dont les parents présentent des troubles mentaux. L'évaluation de la prévalence des troubles psychiatriques des enfants montre que celle-ci n'est pas affectée par les facteurs de risque agissant isolément, mais qu'elle augmente beaucoup en présence de deux ou trois facteurs de risque concomitants (d'un facteur 4 si 2 facteurs de risque co-existent et d'un facteur 10 pour 4 facteurs de risque). Il met aussi en évidence des « facteurs de protection » possédant toujours une composante interactive (comme : diminuer l'impact de l'adversité ultérieure ; réduire la probabilité de réactions négatives en chaîne ; renforcer l'estime de soi et le sentiment de sa propre compétence ; favoriser les expériences compensatrices ; entraîner des opportunités positives). Pour un aperçu de ses recherches, on pourra se reporter à Rutter³⁶⁸. ●●●

Un certain nombre de modèles a été déduit des résultats de ces études, faisant intervenir les ressources internes de l'individu, des ressources qui relèvent de la personnalité de l'individu (plutôt orientée ego-psychologie), comme l'*estime de soi*, le rapport au *challenge*, *i.e.* la perception stimulante de certains stress que d'autres perçoivent comme catastrophiques, la capacité de *sublimation*, le *style d'attribution* interne ou externe (*locus of control*), etc. Ces ressources sont théoriquement liées à la qualité de l'attachement primaire, ainsi qu'à la disponibilité de l'environnement ; des sujets que je développerai dans la suite.

Selon Rutter, les mécanismes impliqués dans la résilience comprennent : la capacité de la personne à traiter l'expérience stressante, à lui donner un sens et à l'incorporer à son système de croyance (dépendante de l'âge du sujet) ; leur manière d'agir face à une infortune (qu'il distingue d'un simple *réagir*, qui correspondrait stratégies de *coping*) ; l'estime de soi et le sentiment de son efficacité personnelle (comme ayant une incidence sur la capacité à agir) ; des facteurs variés comme des relations affectives stables et sécurisantes, des expériences de succès et de réussite, et des éléments du tempérament.

366. WERNER, E.E. et SMITH, R.S., *Journeys from childhood to midlife : Risk, resilience, and recovery*, Cornell University Press, 2001.

367. WERNER, E., « Resilience and Recovery : Findings from the Kauai Longitudinal Study », *Focal Point*, 19 2005, Nr. 1.

368. RUTTER, M., « « La résilience en face de l'adversité » Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques », *Études sur la mort*, 2 2002, Nr. 122.

On voit donc que les premières recherches en lien avec la résilience ont été réalisées dans un cadre de psychologie développementale, sous la forme d'études épidémiologiques. Elles ont porté sur des échantillons d'enfants dont le cours normal du développement paraissait menacé, avec une attention particulière sur les adversités chroniques (donc pas des traumatismes), et dans le but de cerner les caractéristiques des enfants dits compétents (la question sous-jacente étant de savoir si cette compétence est innée ou peut être apprise).

L'intérêt pour les processus de résilience en tant que tels, et non spécifiquement liés aux difficultés développementales, ne date que des années 80 (pour les États-Unis). Ces études ont été menées dans un cadre de psychologie comportementale. C'est aussi à cette époque que s'initient des recherches sur la résilience chez l'adulte, dont le premier ouvrage de synthèse n'a paru qu'en 2010³⁶⁹, et que s'étendent les domaines de recherche depuis l'impact des adversités *chroniques*, vers les événements de vie ou les chocs traumatiques. Selon plusieurs auteurs (notamment Fassin³⁷⁰ ou Ionescu³⁷¹), cela serait lié à l'intérêt porté dans les années 80 à l'état de stress post-traumatique (au moment où cette catégorie diagnostique est introduite dans le DSM-III).

Le socle théorique sur lequel se fondent les recherches sur la résilience est principalement celui de la « théorie de l'attachement ».

A.3 Le fondement théorique : la théorie de l'attachement

Les auteurs invoqués lorsqu'il est question du fondement théorique de cette notion sont John Bowlby, René Spitz, Anna Freud ou Jenny Aubry, c'est-à-dire des auteurs qui ont tous travaillé sur les effets de la carence des soins maternels dans la clinique des enfants séparés.

- John Bowlby [1907–1990]. Ce psychiatre et psychanalyste anglais formalise la "théorie de l'attachement" notamment à partir des travaux de l'éthologue Konrad Lorenz, qui dès 1940, avait publié ses observations du comportement précoce d'oies cendrées, relevant en partie de la nature (le comportement inné de suivre) et de la culture (l'acquis qui lui dicte qui suivre, c-à-d la première chose que l'oïsson voit bouger, et si ce n'est sa mère, un ballon ou les bottes de Lorenz)³⁷². ●●●

369. REICH, J.W., ZAUTRA, A.J. et HALL, J.S., *Handbook of adult resilience*, Guilford Press, 2010.

370. FASSIN, D. et RECHTMAN, R., *L'empire du traumatisme*, Flammarion, 2007.

371. IONESCU, *op. cit.* (cf. n° 170).

372. LORENZ, K., « Vergleichende Bewegungsstudien an Anatiden », *Journal für Ornithologie*, 89 1941.

●●● René Spitz [1887–1974]. Ce psychiatre s'est intéressé à la relation mère–nourrisson et a travaillé dans les années 1940 sur des enfants séparés de leur mère. La comparaison entre les nourrissons séparés de leur mère, bénéficiant de très peu de contact sensoriel, et ceux qui avaient été élevés dans une "crèche de prison" auprès de leurs mères montrent que les premiers développent un syndrome dépressif sévère (un tiers meure) ; il invente la notion d'*hospitalisme* et de *dépression anaclitique*. Signalons pour l'anecdote que des expériences du même type avaient été faites plus tôt dans l'histoire, notamment par Frédéric II de Hohenstaufen (13^e siècle), empereur polyglotte qui avait isolé 6 nouveaux-nés (ou 2 selon les sources) afin de découvrir quelle langue ils parleraient : ils ne parlèrent jamais et moururent tous. ●●●

●●● D'autres travaux pourraient être cités en tant qu'ils ont contribué au développement conceptuel du phénomène de résilience. On pourrait évoquer notamment la théorie de l'*étayage* de Jerome Bruner, qui fait suite aux travaux sur la *Zone proximale de développement* de Lev Vygotski, et dont les expériences montrent le rôle de l'étayage d'un adulte dans l'apprentissage. Ou encore des recherches plus tardives sur les stratégies de *coping* face à un événement stressant de Richard Lazarus et Susan Folkman (1984), suite aux travaux sur le stress de Hans Selye, et qui les définissent comme des « constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person », les définissant ainsi comme des *processus* plus que des traits de l'individu³⁷³. ●●●

C'est la théorie de l'attachement de Bowlby qui a apporté la plus grande contribution théorique à la compréhension de la résilience. Bowlby part de l'observation de jeunes enfants évacués des zones bombardées à Londres, lors du Blitz, et dont il constate la froideur dans les relations affectives, indépendamment de leur bon développement intellectuel. Il relie le fait qu'ils aient été fréquemment séparés de leur mère, à leurs difficultés pour établir un sentiment de confiance dans leur environnement, ce qui leur permettrait d'aller vers les autres. Pour lui, l'attachement est un instinct primaire qui conditionne un sentiment de sécurité psychique de base, ce qui sera confirmé par d'autres chercheurs plus tardivement.

●●● Notamment par l'éthologue américain Harry Harlow [1905–1981] – poursuivant les études de René Spitz – qui prive des petits macaques de leur mère, dans ce qu'il appelle des « puits de désespoir », et constate qu'ils préfèrent se blottir contre une mère en peluche, même si celle-ci n'est pas nourricière plutôt qu'une poupée sans peluche qui dispense pourtant la nourriture³⁷⁴. Après réinsertion auprès de leurs congénères, ils font preuve de très peu d'interactions mais au contraire d'attitudes autistiques. On peut également citer les travaux de Donald Winnicott, sur la déprivation sociale et l'importance du *holding* et du *handling*. Winnicott a d'ailleurs collaboré avec Bowlby lors du grand plan d'évacuation des enfants de Londres pendant les bombarde-

373. LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing Company, 1984, p. 141.

374. HARLOW, H., « The Nature of Love », *American Psychologist*, 13 1958.

ment de 1940. ●●●

L'intérêt de ces études sur les enfants séparés fut de montrer l'importance des liens aux tous premiers âges du développement, à une époque où l'on pensait qu'il suffisait de nourrir un enfant pour qu'il se développe.

Plus tard, les expériences de Mary Ainsworth, désignées par le nom de « situation étrange », ont permis de mettre en évidence des styles d'attachement primaire différents.

●●● Les expériences de la psychologue du développement américaine Mary Ainsworth [1913–1999], collaboratrice de Bowlby, consistent en des observations à travers une glace sans tain du comportement d'enfants de 12 à 18 mois, lors de séparations/retrouvailles avec leur mère ou des personnes étrangères. Elles lui permettent de distinguer schématiquement l'attachement *secure*, qui concerne 2/3 des enfants, de l'attachement *insecure*, parmi lesquels l'attachement *évitant* (20%), *ambivalent* (15%) ou *désorganisé* (5%). ●●●

Les premières conclusions de Ainsworth ont été que ce caractère intra-individuel était un facteur déterminant des capacités de résilience ; les enfants ayant un style d'attachement primaire dit *secure* montrant davantage de capacités d'adaptation que les autres. Mais ce quasi-déterminisme, qui limiterait le futur aux acquis du passé, a progressivement été remis en cause, en particulier avec l'avancement des travaux sur la plasticité neuronale. Ainsi la recréation de liens d'attachement sécurisant avec de nouvelles figures est apparue comme une possibilité de *soutenir* la résilience. Ce soutien est alors envisagé comme l'une des principales ressources (externe, sociale) d'un processus (ce sont ce que Cyrulnik appelle les "tuteurs de résilience"), celui-ci pouvant être trouvé dans l'entourage immédiat ou plus large, comme un instituteur, un éducateur, un groupe, une rencontre amoureuse, mais aussi sous une forme non-humaine, dans l'art, l'écriture, c-à-d tout ce qui relève de la sublimation.

Donc progressivement, on voit que l'on s'éloigne de la conception de la résilience, comme facteur intrinsèque d'un système (en métallurgie, les caractéristiques internes du métal qui lui permettent de résister à la propagation d'une première fissure), dont la théorie freudienne de l'après-coup pourrait sembler plus proche, pour porter l'accent sur la qualité de l'environnement au moment ou après l'événement traumatisant. Passe alors au premier plan, le soutien social³⁷⁵, au moins pour tenter une reprise du lien qui a été atteint lors de l'événement traumatisant.

●●● En effet, si le traumatisme agit comme une *discontinuité* dans l'histoire du sujet (il renvoie d'ailleurs étymologiquement à une blessure par effraction – "titrausko", trouer, percer, par opposition d'une blessure par contusion

375. Qui est cependant là également quand on considère les mécanismes intra-psychiques, puisque comme l'écrit Freud "la psychologie individuelle est d'emblée sociale".

qui n'introduirait pas de discontinuité, d'après Michèle Porte³⁷⁶), c'est parce qu'il engendre aussi (avec un statut de cause ou de conséquence) une "reprise" d'anciens événements psychiques. Selon la théorie analytique, en effet, toute la réalité psychique s'élabore sur fond de trauma, de perte (en particulier d'une perte, ou d'un trauma fondamental, qui est la cause du déploiement riche et complexe de la réalité psychique, au travers d'un manque, moteur du désir, et du fantasme $\$$ qui tente d'accommoder cette perte, de donner une réponse partielle à la question énigmatique du désir de l'Autre).

Freud distingue donc deux types de rencontres traumatiques : celle qui provoque dans l'actuel une formation de symptômes, ayant éveillé dans l'après-coup la trace d'un premier traumatisme supposé (c-à-d supposé réel, mais éventuellement fantasmé, quoique jamais sans aucun réel fondement); et celle qui "avant-coup" déclenche une fermeture du trauma –paradoxalement– ce trauma n'étant autre que la béance introduite par l'énigme du désir de l'autre (c'est-à-dire la possibilité du surgissement de questions angoissantes : qui suis-je pour l'autre? que veut l'autre? que suis-je pour ce désir?). Sachant qu'il n'existe pas de réponses totalement adéquates et satisfaisantes à ces questions – autrement dit, c'est là qu'apparaît le manque du signifiant qui représenterait le sujet dans l'autre – le sujet tente, par le fantasme, de recouvrir cette béance, de faire réponse à cette énigme du désir de l'autre, énigme ouverte par ce trauma que l'on peut dire fondateur du sujet désirant. C'est dans ce sens que la rencontre d'avant-coup est paradoxale, car elle est la fermeture par le fantasme d'un trauma qui consiste en une ouverture de la dimension de l'énigme.

Le sujet occupe ainsi une place fantasmatique dans le désir de l'autre. Mais cette construction plus ou moins fragile et aliénante, où le fantasme permet d'accomplir un désir inconscient qui serait supposé répondre au désir de l'autre, peut vaciller sous les coups de certaines rencontres traumatiques. Ainsi une rencontre traumatique, qui peut sembler anodine, peut révéler au sujet la place impossible qu'il occupait auparavant inconsciemment avec son fantasme pour combler le désir de l'autre. Cette rencontre traumatique de l'après-coup éveille alors une première frappe (selon les termes de Lacan), une première empreinte inconsciente, qui ne cessait pas d'orienter le devenir du sujet, mais sans être rentrée véritablement dans son histoire.

Ce n'est qu'après ce temps logique de séparation qu'une historicisation devient possible. Lacan écrit dans le séminaire III « le signifiant est donné primitivement, mais il n'est rien tant que le sujet ne le fait pas entrer dans son histoire » (ou quand "la chute du signifiant maître", traduisant la perte de la réalité par une métaphore, ce qui fait que la parole du sujet dit "tout à fait autre chose que ce qu'elle dit", mais qui indique aussi la tolérance à l'ambiguïté et l'incertitude, fait "son entrée dans l'histoire du patient"). Cette rencontre de l'après-coup, en effet, signe la réouverture du trauma, de la béance, de l'énigme du désir de l'autre, par un moment insupportable de révélation d'une vérité. C'est un moment à la fois fécond et douloureux où le fantasme qui voilait la question vertigineuse du désir est déstabilisé (cf. Schreber). Cette question ne pouvant rester béante, peut à nouveau être voilée par une part du fantasme ou s'enkyster sous la forme de défenses dans un symptôme. En ce sens, elle est subjectivante, même si le passé n'entre pas toujours sans fracas dans l'histoire.

376. BOMPARD-PORTE, M., *Les traumas psychiques : actes du colloque international Brest 31 mai-1er juin 2002*, Editions L'Harmattan, 2003.

Et en ce sens aussi, cette version analytique des effets d'un trauma est plus proche de la notion de résilience en métallurgie qui fait référence à la résistance à la propagation d'une première fissure lors d'un choc. ●●●

Pour conclure cette annexe d'introduction au concept, on peut dire que la résilience, avec ces déplacements – depuis les environnements délétères induisant une adversité chronique aux adversités aiguës et aux traumatismes, ou encore de la psychologie développementale à la psychologie comportementale – est devenue si populaire, qu'elle est convoquée, en particulier en développement personnel, pour faire face à tous types de tracasseries quotidiennes, comme si la norme était de les dépasser. Le concept est d'ailleurs très critiqué par les psychanalystes. D'aucun y ont perçu les dangers d'une position imaginaire de "victime héroïque", les risques que le sujet ne s'organise autour de son préjudice imaginaire, c-à-d qu'il ne s'enkyste dans la jouissance inconsciente à ce que l'Autre soit en dette. Certes. Il n'en demeure pas moins qu'il permet de renouer avec l'espoir et de se projeter dans l'avenir et en ce sens pourrait être utilisé dans les recherches sur le rétablissement.

Annexe B

Annexe au chapitre 2 - L'étude Eqolise sur l'emploi soutenu

B.1 Objet de l'étude pan-européenne

Si elle est bien démontrée par des études faites sur le continent américain, où le taux d'emploi direct est doublé avec le modèle d'*emploi soutenu* (en particulier IPS – *Individual Placement and Support*), la question de l'efficacité de tels modèles en Europe se pose, notamment en raison d'importantes différences dans les pratiques professionnelles (protection du salarié en cas de licenciement versus *hire-and-fire* aux États-Unis) ou de systèmes de protection sociale plus généreux en Europe. Afin d'y apporter des éléments de réponse, l'étude européenne du groupe EQOLISE³⁷⁷ synthétise les résultats d'une étude financée par la communauté européenne sur l'efficacité d'un modèle d'*emploi soutenu*³⁷⁸ dans 6 pays européens (Grande Bretagne, Allemagne, Italie, Suisse, Pays-bas, Bulgarie) et la compare aux modèles de réinsertion classiques³⁷⁹.

On peut penser que les différences entre le marché du travail et la protection sociale aux États-Unis et en Europe peuvent amoindrir l'efficacité des modèles d'*emploi soutenu* en Europe, mais l'objet de l'étude est de montrer qu'ils restent cependant davantage efficaces que les approches de réinsertion classique³⁸⁰.

377. BURNS *et al.*, *op. cit.* (cf. n° 184).

378. "*Supported employment (SE)*" ou "*place-and-train*" : modèles très développés aux USA et qui consistent à proposer à l'usager un emploi direct en milieu ordinaire et à soutenir l'usager et l'employeur. Le modèle le plus structuré étant l'IPS, *individual placement and support*.

379. C'est-à-dire des modèles du type "*vocational services*", "*train-and-place*", qu'ils définissent comme des modèles davantage répandus, mais qui ne débouchent le plus souvent que sur un emploi en milieu protégé.

380. Au moins dans les 6 pays participants et en terme d'emploi direct en milieu ordinaire.

Par ailleurs, l'étude étant menée sur 6 pays européens qui présentent entre eux ce type de variation, elle permettra également de tester l'effet de ces variables (et de celle du taux de chômage) sur l'efficacité du modèle.

B.2 Méthodologie de l'étude

Un total d'environ 300 patients³⁸¹ a accepté de participer à l'étude. Ils ont été partagés aléatoirement en 2 groupes équivalents, l'un suivant un programme de réinsertion classique de type réhabilitation (groupe contrôle) et l'autre un programme d'IPS, pour une durée de 18 mois.

Les services de réinsertion du type réhabilitation ont été choisis sur la base de leur typicité et de leur réputation de qualité. Ils utilisent des programmes structurés visant à identifier puis à amener le patient à combler les déficiences de sa maladie et à acquérir des habiletés nécessaires au monde du travail (ré-introduction d'une routine quotidienne, de gestion du temps, etc.). Au sein de ces services, les intervenants selon le modèle IPS ont tous été formés pour les raisons de l'étude. Le modèle IPS consiste, une fois que sont identifiés les patients qui désirent travailler en milieu ordinaire, à les accompagner dans leur projet, les aider à trouver un poste grâce à un réseau d'entreprises susceptibles de les accueillir, et à *soutenir* à la fois le patient et l'employeur, sans limite de temps. Il n'y a donc pas de phase de "formation" préalable.

Les auteurs cherchent à tester les hypothèses suivantes : tout d'abord, que les patients du groupe IPS ayant intégré un emploi direct seront *plus nombreux*, et ensuite, que ceux-ci resteront *plus longtemps* dans cet emploi et seront *moins longtemps hospitalisés*. Les variables observées au sein de chaque groupe sont : le nombre de personnes ayant occupé un emploi ordinaire au moins 1 jour, le nombre de jours travaillés, le nombre de jours travaillés dans une même structure, le nombre de réhospitalisation et leurs durées.

B.3 Résultats de l'étude

D'un point de vue descriptif, les résultats, reportés dans le tableau B.1³⁸², montrent que le modèle IPS est plus efficace que le modèle de réinsertion classique dans les 6 pays de l'étude. Les résultats sont doublés en moyenne, en ce qui concerne le nombre de personnes ayant accédé à un emploi ordinaire (55% IPS vs 28%, ce qui représente une différence de 27%) et le nombre de jours où

381. Sur plus de 1000 individus contactés et dont 700 ont eu une première réunion d'information. Leur caractéristiques sont les suivantes : patients âgés entre 18 ans et l'âge local du départ en retraite, ayant eu au moins lors des 2 dernières années un épisode majeur de dysfonctionnements dont l'origine est la schizophrénie (pour 80% d'entre eux) ou des troubles bipolaires, et n'ayant pas occupé d'emploi en milieu ordinaire durant l'année écoulée.

382. Les résultats sont donnés en nombre (pourcentage entre parenthèses) ou en moyenne (écart-type entre parenthèses).

ils ont travaillé dans ces emplois ou sont restés dans un même emploi (214 jours *vs.* 108).

TABLE B.1 – Résultats en terme de jours de travail, de sortie du dispositif et d'hospitalisations

	IPS	Réinsertion classique
au moins 1 jour de travail	85 (55%)	43 (28%)
nombre de jours travaillés	429 (707)	119 (312)
nombre de jours dans le même emploi	214 (159)	108 (112)
sorties du dispositif	20 (13%)	70 (45%)
hospitalisation	28 (20%)	42 (31%)
pourcentage de temps passé à l'hôpital	4,6%	8,9%

Par ailleurs, le nombre de personnes ayant quitté le dispositif en cours d'étude est plus important dans le groupe où les individus étaient suivis par une méthode de réinsertion classique (70) comparé au groupe suivi par IPS (20).

De même, le nombre d'admission en hôpital ainsi que le nombre de jours passés en hospitalisation sont plus importants pour les patients suivis selon la méthode de réinsertion classique.

Au-delà de ces résultats, l'efficacité de l'IPS semble être plus ou moins importante selon les pays et, si l'on considère les résultats locaux, l'analyse fine montre que l'efficacité de l'IPS est statistiquement significative pour la Bulgarie, la Suisse, l'Angleterre et l'Italie, alors qu'elle ne l'est pas pour l'Allemagne et les Pays-bas.

Une tentative d'interprétation a été faite pour savoir si la fluctuation des résultats entre pays pouvait être expliquée par des données économiques ou sociales comme le taux de chômage local, le taux d'augmentation du PIB, le taux de chômage de longue durée (pour approcher la variable exclusion sociale), le risque³⁸³ pris en terme de revenus à occuper un emploi ordinaire (*benefit trap*). Seul le taux de chômage local permet d'expliquer de manière significative les disparités d'efficacité observées entre pays³⁸⁴. Les autres paramètres (notamment le *benefit trap*) permettent d'expliquer les disparités sur la variable événementielle d'accès à l'emploi³⁸⁵. Les auteurs notent aussi qu'un taux d'exclusion sociale élevé est corrélé à un meilleur taux d'insertion, mais supputent que ce résultat

383. Les chargés d'insertion de chaque pays ont ainsi été consulté pour donner leur avis sur le fait que leur groupe d'utilisateurs avait plus ou moins de *risque* de voir leurs revenus baisser s'ils acceptaient un emploi en milieu ordinaire et les 6 pays ont été classés en risque élevé, faible ou nul.

384. Les pays où l'efficacité de l'IPS est la plus élevée (notamment la Bulgarie et l'Italie) correspondent aux centres d'étude où le taux de chômage local rapporté (à Sofia et Rimini) est significativement plus bas que le taux national.

385. Par exemple, en Italie et en Bulgarie, classées comme représentant un "risque nul", les événements d'accès à l'emploi sont plus fréquents qu'en Angleterre ou au Pays-Bas, classés en "risque élevé" (et où d'ailleurs, le recrutement de participants a été "plus difficile").

contre-intuitif est lié à un système de protection social très bas, plus incitatif pour entrer sur le marché du travail ordinaire.

Les auteurs concluent sur l'efficacité du modèle IPS comparé aux modèles de réinsertion classiques en Europe, malgré les différences avec le marché du travail américain, et insistent sur le fait que cela n'entraîne pas un taux d'hospitalisation plus élevé (qui serait en lien avec le stress généré par un travail en milieu ordinaire).

Annexe C

Annexe au chapitre 5 - Les quatre discours de Lacan

Une manière spécifique de dire l'articulation de la théorie et de la pratique en psychothérapie institutionnelle est de se référer à la conception structurale du sujet ainsi qu'à la conception de l'acte analytique, tel que les développe Lacan dans ces quatre discours. C'est ce que propose Jean Oury, notamment dans son séminaire sur le Collectif³⁸⁶. Cette annexe reprend la démarche de Lacan sur la théorie des discours, car elle est le support de développements conceptuels et pratiques importants en psychothérapie institutionnelle, mais n'est cependant pas si facile à saisir. On voit ensuite comment Oury s'en saisit pour travailler les concepts de la psychothérapie institutionnelle. Dans le dernier paragraphe on rapproche cette conception structurale de ce que l'on observe dans les cristaux, car il se trouve que tous les vecteurs que définit Lacan dans les quatre discours existent en tant que mouvements atomiques réels lors du phénomène de plasticité. Ce sont même les seuls mouvements possibles selon les lois de la plasticité cristalline. On s'intéressera alors en particulier à ce qui se passe lorsque les lois de la plasticité ne sont pas respectées et que des dislocations se dissocient en plusieurs partielles.

C.1 Construction de la structure d'un discours

Pour Lacan, le sujet est prédéterminé, à son insu, par des signifiants. Nous avons évoqué vu plus haut l'opération métaphorique qui permettait d'inscrire l'enfant dans le langage, le fait qu'un signifiant primordial (le Nom-du-Père) se détachait de l'ensemble des autres signifiants (l'Autre, le trésor des signifiants) et que quelque chose chutait dans cette opération de symbolisation (*l'objet a*). Mais le sujet, qui en général fait partie de plusieurs groupes qui éventuellement ne se ressemblent pas, est aussi représenté par un signifiant auprès d'une bat-

386. OURY, *Le Collectif, Séminaire de Sainte-Anne 1984-85*, op. cit. (cf. n° 286).

terie d'autres signifiants. Par ailleurs, le refoulement originare de l'opération primordiale agit comme un attracteur pour d'autres représentations que le sujet pourra également refouler dans sa vie (comme lors d'événements traumatiques où le sujet détache la représentation de son affect et en refoule la représentation ; celle-ci n'est plus directement accessible consciemment, mais peut néanmoins se représenter à l'occasion d'autres rencontres). Le sujet est donc prédéterminé par un *essaim* de signifiants, que Lacan note S1, auprès d'un ensemble d'autres signifiants dont il est exclu, et qu'il note S2 (sous-entendu S2, S3, S4...).

Donc pour Lacan, « un signifiant représente le sujet pour un autre signifiant ». Le sujet \$ ne figure dans tout discours que sous l'aspect d'un *tenant-lieu*, S1, qui le représente auprès d'un corpus d'autres signifiants S2, qui eux ne le représentent pas, et qui sont organisés comme le réseau d'un savoir. En adoptant la notation de Saussure qui relie le signifiant au signifié (mais en y ayant inversé l'ordre pour indiquer la primauté du signifiant qui se trouve alors « au-dessus »), cela s'écrit $\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$. Cette inscription dans la chaîne signifiante – dans l'Autre – est une aliénation (d'où la barre sur le S du \$ qui s'efface sous son représentant S1). Mais nous avons vu que cette aliénation produisait un reste, l'*objet a*. La formule précédente devient donc $\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$. C'est la forme d'un premier discours qui voile la vérité du sujet.

Cependant, le sujet n'a pas *choisi* le signifiant qui le représente : c'est son origine, son milieu, le socius, qui l'assignent à ce signifiant. Le sujet est, d'origine, surdéterminé par ces S1 qui le signifient : il est parlé par d'autres. Le sujet divisé \$ ne peut émerger que s'il ne cristallise pas, ne se pétrifie pas dans cette aliénation à ce signifiant S1 qui est opaque pour lui. Il peut parvenir à s'en détacher, en produisant d'autres signifiants S1, qui le représenteront pour le corpus des autres. C'est-à-dire se placer autre part dans la chaîne des signifiants. Ce travail fait l'objet d'un passage entre plusieurs discours qui impliquent le sujet, et que Lacan développe dans son séminaire sur *l'envers de la psychanalyse*³⁸⁷.

Lacan définira ainsi quatre discours, le *discours du maître*, le *discours de l'université*, le *discours de l'hystérique* et enfin le *discours de l'analyste*, précisant que c'est le passage d'un discours à l'autre qui permet de produire un effet sur la structure (« *Structure* est le mot dont s'indique l'entrée en jeu de l'effet du langage »³⁸⁸). Par exemple, c'est le discours de l'hystérique qui a permis à Freud d'inventer la psychanalyse, d'où ressort le discours de l'analyste. Voyons maintenant comment Lacan construit ces discours.

387. LACAN, *L'envers de la psychanalyse, Le Séminaire, Livre XVII (1969-1970)*, op. cit. (cf. n° 285).

388. *Idem*, « Radiophonie (1970) », *Autres écrits*, Ed. du Seuil, 2001.

Pour Lacan, le lien social prend corps dans le langage. Le discours, tissé de paroles, a un effet dans le réel, au point où « il n’y a de faits que de faits de discours ». Il entreprend de décrire ces discours, ces modes d’énonciation qui font le lien social, sous une forme algébrique qu’il appellera un *mathème* (dans un autre souci qui l’occupe à ce moment et qui est celui de l’écriture de la psychanalyse sous une forme transmissible). Lacan a préalablement identifié les quatre dimensions de la parole, où *depuis* une vérité, la parole se déploie selon *deux* directions : en signifiants d’une part et en un lieu de jouissance d’autre part, mais d’où il se produit un reste (car on ne peut jamais dire la vérité du sujet, elle toujours « mi-dite »). Il appelle ces lieux de la structure la *vérité*, l’*agent* (ou le *semblant*), l’*autre* (ou la *jouissance*), et la *production* (ou le *plus-de-jouir*). La *vérité* représente la vérité de ce qui commande le discours, au nom de quoi il impulse ce discours, c’est le point de départ de toute parole ; L’*agent* (ou le signifiant comme semblant du réel) est *ce* qui impulse le discours, ce qui parle, qui favorise l’action, qui commande ; L’*autre* est autre par rapport à l’agent, il est ailleurs, il est ce qui est interrogé par l’agent, ce qui reçoit l’impulsion, qui exécute, qui est mis au travail, qui produit, qui est le lieu de la jouissance pour l’agent ; La *production* est l’effet que produit le discours, ce qui résulte du travail de l’*autre* (ce peut être le reste qui n’a pas pu être dit dans la vérité ; ce peut être une plus-value si la production dépasse la valeur d’échange entre le produit et le coût du travail). La tonalité du discours dépendra de ce qui occupe ces places (est-ce le sujet de l’inconscient qui est en position d’agent ? ou son représentant ? ou le désir ?... Qu’est-ce qui doit produire quoi ? Au nom de quoi ?...).

Il doit maintenant relier au réel ces quatre positions du discours dans une structure qui donne autant de poids à chacune (car l’effet du discours est réel). Lacan considère le réel de notre monde – soit en trois dimensions – et une de ses propriétés géométriques qui est que l’on ne peut mettre *que* quatre points à égale distance les uns des autres et pas plus (construction qu’il détaillera davantage dans le séminaire *...ou pire*³⁸⁹). Ces quatre points définissent alors une figure géométrique qui est celle d’un tétraèdre régulier, soit une figure à 4 faces triangulaires équilatérales, 6 arêtes et 4 sommets³⁹⁰.

Le psychanalyste Patrick Valas explique dans un de ces séminaires « d’où ça

389. LACAN, J., *...Ou pire, Le Séminaire, Livre IXX (1971-1972)*, Ed. du Seuil Paris, 2011.

390. On constate que cette figure est exactement celle qui décrit les possibilités de dislocations dans les structures les plus compactes que l’on trouve dans la nature (c-à-d un empilement de plans denses, selon un modèle atomique de sphères dures). Dans la structure cubique à faces centrées, par exemple, il n’y a que 4 plans de glissement, sur lesquels 3 types de dislocations se propagent. La géométrie de la structure fait que ces 4 plans forment un tétraèdre régulier dont les 3 arêtes, qu’ils contiennent chacun, définissent les *vecteurs de Burgers* (représentant le quantum de déplacement) des dislocations possibles. Ce tétraèdre est aussi appelé le *tétraèdre de Thompson*. Nous revenons sur ce point dans le dernier paragraphe de cette annexe.

vient... parce qu'il ne l'a jamais expliqué... »³⁹¹, le fait que Lacan « oriente » le tétraèdre selon les lois du réel : c'est parce que le réel s'impose à nous de façon « orientée », que nous sommes *soumis* à cette orientation, que l'on ne peut pas y échapper. Il cite alors l'exemple de la gravitation, ou du fait que l'on tourne toujours en rond lorsqu'on se perd dans une forêt. La structure que cherche Lacan pour un discours qui fait lien social, qui a des effets dans le réel, doit donc répondre aux lois du réel. Il oriente donc le tétraèdre en joignant les 4 sommets les uns aux autres par des vecteurs, en s'assurant d'un équilibre, au sens où la circulation entre tous les sommets reste possible (*i.e.* qu'il n'y ait jamais 3 vecteurs arrivant ou partant du même sommet). Il en arrive – logiquement – à la configuration de la Figure C.1-(a), qui représente une pyramide en 3 dimensions (le point 1 venant vers le lecteur), et où de chaque sommet partent *et* arrivent 1 ou 2 vecteurs.

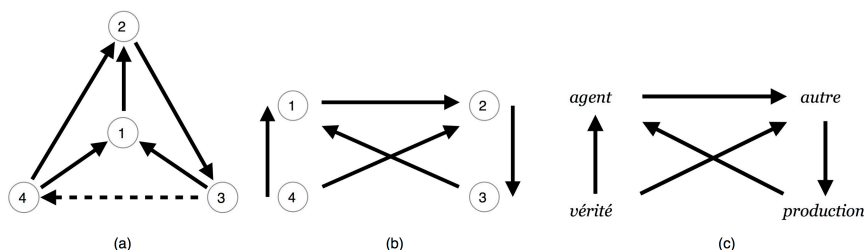


FIGURE C.1 – Construction de la structure du discours.

Le vecteur rejoignant les places 3 et 4 de la Figure C.1-(a) est en pointillé. Lacan *supprime* en effet l'un des côtés du tétraèdre afin de retrouver dans la structure du discours, celle de la parole, qui part d'un lieu puis diverge selon deux directions. Le tétraèdre orienté devient donc :

« Selon ceci qui a une propriété, d'un des sommets : la divergence, mais sans aucun vecteur qui arrive pour le nourrir, mais qu'inversement, à l'opposé vous avez ce trajet triangulaire. Ceci suffit à permettre de distinguer en tous les cas, par un caractère qui est absolument spécial, ces quatre pôles que j'énonce des termes de la Vérité, du Semblant, de la jouissance et du Plus-de-jour. »³⁹²

Lacan effectue ensuite la mise à plat en 2 dimensions de la structure à la manière dont l'illustre la Figure C.1-(b). La Figure C.1-(c) est la même que la précédente, mais avec les quatre places de la structure nommées selon les dimensions de la parole, où depuis la vérité se déploient deux vecteurs et un reste. L'absence

391. Patrick Valas : « La théorie des 4 discours +1 de Jacques Lacan est-elle devenue un moulin à vent », séminaire du 10 janvier 2016, et dont l'enregistrement est disponible sur son site www.valas.fr.

392. LACAN, ...*Ou pire*, *Le Séminaire, Livre IXX (1971-1972)*, *op. cit.* (cf. n° 389), p. 54 - Attention la p.54 est celle de la version Staferla, vérifier la citation et la page dans l'édition du Seuil.

de flèche entre les deux places du bas traduit le fait que la production est incommensurable avec la vérité. Elle traduit une distance, une *impuissance* de la production à rejoindre la vérité autrement que dans un rapport fantasmatique. Lacan écrira ce rapport d'impuissance sous la forme d'un poinçon \diamond qui *marque* à la fois le lien et la distance entre les deux termes. Enfin, la flèche oblique qui va de la production vers l'agent indique l'effet du discours sur l'agent.

C.2 Les quatre discours

La *structure* est fixe car elle est ancrée dans le Réel (là où il n'y a pas de substitution, où les choses reviennent toujours à la même place) en tant qu'elle est liée à la parole (« il n'y a de faits que de faits de discours »). Mais la *fonction* du discours, en revanche, variera selon ce qui se trouve à ces places : S1, le signifiant-maître ; S2, le savoir, l'Autre ; \$, le sujet divisé ; ou *a*, l'objet cause du désir.

En positionnant ces éléments aux différentes places de la structure, et en les faisant tourner d'un quart de tour en avant ou en arrière par une permutation circulaire, Lacan peut alors écrire les quatre discours sous la forme suivante³⁹³ :

discours du Maître	discours de l'Université	discours de l'Hystérique	discours de l'Analyste
$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$	$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$	$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$	$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$

L'ordre dans lequel sont décrits les discours est purement formel et « ces quatre discours ne sont à prendre en aucun cas comme une suite d'émergences historiques »³⁹⁴. Ces quatre discours sont à rapprocher de ce que Freud avait désigné comme métiers impossibles, ou du moins « dans lesquels on peut d'emblée être sûr d'un succès insuffisant »³⁹⁵ : gouverner, éduquer, analyser, auxquelles Lacan ajoute *faire désirer* avec le discours de l'hystérique. Voyons maintenant ce que reflète ces quatre discours.

Dans le « discours du Maître », l'agent du discours est le signifiant-maître S1. Ce qui est mis au travail, c'est un certain savoir S2, qui produit des objets cause de désir pour S1. En référence à la dialectique du maître et de l'esclave, ce discours correspond à un *maître*, S1, qui met au travail le *savoir-faire* S2 de l'esclave qui produit quelque chose, voire une *plus-value*, *a*, récupérée par le maître. La vérité \$ qui sous-tend ce discours est de *soumettre*, d'aliéner au maître. Mais ce

393. Je reprends ici la notation des discours tels qu'ils ont été publiés dans les Éditions du Seuil et ne faisant pas figurer les flèches obliques du centre, ni les deux flèches verticales.

394. LACAN, J., *Encore, Le Séminaire, Livre XX (1972-1973)*, Ed. du Seuil Paris, 1975, p. 24 - p.24 dans Staferla, vérifier aux Seuil citation et page.

395. FREUD, S., « L'analyse finie et l'analyse infinie (1937) », *Œuvres complètes, vol.20*, 2010, p. 50, page 95 des *GW*.

discours peut être aussi celui d'une idéologie, qui utilise un savoir (par exemple le savoir scientifique) pour obtenir des arguments qui la renforce. C'est bien sûr aussi – par construction – le discours originel qui reflète l'inscription du sujet dans le langage et où la vérité du côté du maître est la soumission à la castration. Les places du bas dans ce discours indiquent alors la formule du fantasme $\$ \diamond a$.

Dans le « discours de l'Université », aussi appelé le « discours de la science », c'est le savoir S2, comme constitué, connu, qui est en position d'agir sur l'autre, en tant qu'il s'adresse à son désir de savoir. C'est le discours de la transmission du savoir, savoir qui se soutient de quelques maîtres, et qui produit un sujet aliéné à ce savoir. La vérité S1 qui sous-tend ce discours est de *maîtriser* le savoir.

Le « discours de l'hystérique » est à *l'envers* du discours de la science, puisque le savoir S2 en est cette fois-ci la production. Le sujet divisé $\$$, en tant que symptôme, s'adresse à un maître S1, afin qu'il produise un savoir nouveau S2 (cela implique donc que l'agent soit déjà passé par le discours du maître, où cette perte s'est produite qui a créé du symptôme). La vérité a qui sous-tend ce discours est de *jouir* ou de souffrir. C'est avec ce discours, au travers de la parole de ses analysants, que Freud a découvert la psychanalyse. Le savoir produit, s'il a un effet sur le sujet de l'inconscient $\$$, n'atteindra cependant jamais la vérité d'une jouissance qui lui échappe, a .

Le « discours de l'analyste » est à *l'envers* de celui du maître. Ici, ce n'est pas un agent maître, séducteur ou tout-sachant qui s'adresse à l'autre, mais un agent qui se fait objet, a , et qui fait travailler le malaise du sujet $\$$. Il le met au travail pour produire les signifiants-maîtres S1 qui déterminent le sujet $\$$. La vérité S2 qui sous-tend ce discours est le *désir de savoir*. On voit qu'à la différence du discours de la science (sous-tendu par la vérité, S1, qui est de maîtriser), les signifiants S1 qui sont produits ne sont pas en position de maîtrise. Ce sont les signifiants refoulés, les identifications aliénantes du sujet, qui font surface grâce à ce discours et qui lui dévoilent un savoir sur son aliénation. Et c'est ce savoir, au travers de la remise en circulation des signifiants S1, qui allège les symptômes du sujet. Le seul agent à même de produire les signifiants S1 qui représentent le sujet, c'est le désir d'analyser de l'analyste.

« Ce qui est demandé au psychanalyste, [...] ce n'est certes pas ce qui ressortit à ce sujet supposé savoir, [...] dont on a cru pouvoir fonder le transfert. [...] Ce que l'analyse instaure, c'est ceci, qui est tout le contraire. L'analyste dit à celui qui va commencer – *Allez-y, dites n'importe quoi ce sera merveilleux*. C'est lui que l'analyste institue

comme sujet supposé savoir. [...] Ce qu'on attend d'un psychanalyste, c'est, comme je l'ai dit la dernière fois, de faire fonctionner son savoir en terme de vérité. C'est bien pour cela qu'il se confine à un mi-dire. [...] C'est à l'analyste, et seulement à lui, que s'adresse cette formule que j'ai si souvent commentée, du *Wo es war, soll Ich werden*. Si l'analyste essaye d'occuper cette place en haut à gauche qui détermine son discours, c'est justement de n'être absolument pas là pour lui-même. C'est là où c'était le plus-de-jouir, le jouir de l'autre, que moi, en tant que je profère l'acte psychanalytique, je dois venir. »³⁹⁶

Ce qui produit du S1, c'est donc le désir de l'analyste d'être à cette place de semblant d'objet pour l'autre. Jean Oury déclinera cette proposition dans le cadre d'une institution sous la forme d'un Collectif, « une *machine à traiter l'aliénation*, toutes les formes d'aliénation »³⁹⁷.

C.3 Passage d'un discours à un autre

On voit bien que ces discours ne constituent pas une suite historique, et qu'ils peuvent même co-exister, au sein d'une société ou en chacun, même s'il y a des moments où l'un d'eux peut être dominant. On passe plus ou moins bien la soumission à la castration, on va à l'école, on questionne ses parents de manière hystérique... L'analyse elle-même nécessite un passage par le discours du maître et par le discours de l'hystérique afin d'arriver à une interprétation. Ce qui est efficace dans cette théorie des discours, c'est le passage d'un discours à un autre :

« Simplement à retenir qu'à appliquer ces catégories, qui ne sont elles-mêmes structurées que de l'existence - qui est un terme, mais qui n'a rien de terminal - du discours psychanalytique, il faudrait seulement dresser l'oreille à la mise à l'épreuve de cette vérité qu'il y a émergence du discours analytique à chaque « passage », de ce que le discours analytique permet de pointer comme franchissement d'un discours à un autre. »³⁹⁸

C'est sur cela que Jean Oury se fonde lorsqu'il explique qu'une des fonctions du Collectif, c'est d'assurer une *fonction diacritique*, de maintenir une distinctivité des lieux, afin qu'il puisse y avoir une réelle possibilité de circulation, de *passage d'une situation à une autre* :

396. LACAN, *L'envers de la psychanalyse, Le Séminaire, Livre XVII (1969-1970)*, op. cit. (cf. n° 285), p. 59.

397. OURY, *Le Collectif, Séminaire de Sainte-Anne 1984-85*, op. cit. (cf. n° 286), p. 26.

398. LACAN, *Encore, Le Séminaire, Livre XX (1972-1973)*, op. cit. (cf. n° 394), p. 27 - Attention la p.27 est celle de la version Staferla, vérifier la citation et la page dans l'édition du Seuil.

« Cette notion de passage, on la retrouve également dans l'élaboration et la théorie des quatre discours de Lacan. En effet, ce qui est en question, ce n'est pas chaque discours, mais le passage d'un discours à l'autre. C'est l'émergence du discours psychanalytique : discours ouvert qui permet le passage aux autres discours. Sinon, il y a une sorte de stase dans chaque discours. »³⁹⁹

La question est donc d'introduire en pratique une dialectique du sujet de l'inconscient et de son désir, pour des sujets qui n'ont pas un S1 unifié, pour qui il n'y a pas vraiment de manque dans l'Autre, pour qui l'*objet a* n'a pas vraiment chuté. Jean Oury y répond en substituant à l'agent du discours analytique – au lieu du désir d'un analyste de se faire objet – le désir de l'institution, pris au sens très large de tout ce qui compose l'institution (les personnes, les choses, les moments). En multipliant les opportunités transférentielles sur une multiplicité de tenant-lieu d'*objet a* (ce qui revient à faire de la fonction soignante une *fonction partagée* et à maintenir une *distinctivité* entre les choses), il y a une possibilité que cette opération puisse « produire du S1 ». Si les personnes peuvent ensuite s'en saisir (ce qui relève de l'*ambiance*) et l'articuler à leurs propres signifiants, cela peut prendre comme une *greffe de sens* (Pankow), être une sorte de démarrage, d'*initium*, pour une articulation du sujet à l'Autre.

C.4 Phénomène de dislocations partielles dans les cristaux

Ce paragraphe vise à introduire une piste de réflexion en rapport avec le phénomène de dissociation en objets partiels que l'on observe dans les dislocations cristallines (précisons que le vocable utilisé ici de « dissociation » en « partiels » – *dissociation into partial* – fait bien partie de l'univers de référence de la cristallographie).

Lorsque Lacan construit la structure des discours en se fondant sur le réel, il en arrive à un tétraèdre régulier, qui est une figure que l'on retrouve dans le monde naturel, lorsqu'il est régulier comme dans les cristaux. Dans le chapitre 3, j'ai montré comment la plasticité pouvait être opérante dans une structure aussi fixée que celle d'un cristal. Il suffit d'un défaut, comme une lacune, un atome manquant, pour que les autres puissent circuler. Précisément, dans le cas de la plasticité, le défaut qui assure la propagation de la déformation est la *dislocation*, modélisée par une coupure et un déplacement d'une distance interatomique. Leur propagation se fait selon des plans et des directions de glissement très précises, en lien avec la structure.

399. OURY, *Le Collectif, Séminaire de Sainte-Anne 1984-85, op. cit.* (cf. n° 286), p. 16.

En d'autres termes, la plasticité montre que le cristal caractérisé par sa structure et muni d'une loi, est capable de structuration.

Cette loi correspond à un déplacement atomique le plus court possible (c'est-à-dire le moins coûteux en terme de travail de la force nécessaire à ce déplacement). Celui-ci est obtenu par une dislocation atomique qui déplace les plans les plus denses en atomes (ceux dont la distance interréticulaire est la plus grande), dans la direction la plus dense en atomes (celle qui correspond à la distance entre atomes la plus courte). On les appelle les plans et les directions de glissement. Ils sont propres à chaque structure.

Le cas le plus simple à prendre pour illustrer ce phénomène est celui des structures comme celles de l'or ou du plomb (ou cuivre, argent, aluminium...), où les atomes sont organisés selon un réseau « cubique à faces centrées » (un atome se trouve à chaque sommet d'un cube et au centre de chaque face). C'est la configuration la plus compacte et la plus commune que l'on puisse trouver. Elle correspond, si on regarde le cube selon un plan passant par 3 sommets opposés, à un arrangement des atomes en forme de triangle équilatéral, comme illustré par la Figure C.2-a.

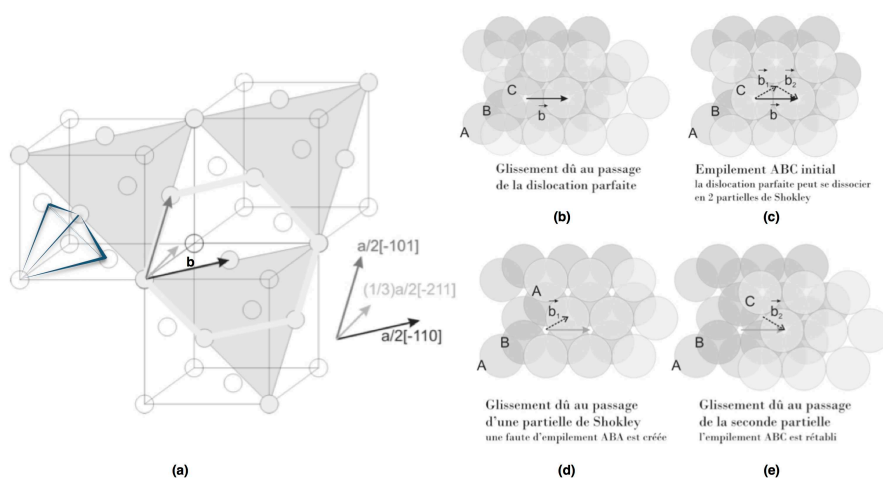


FIGURE C.2 – Structure cubique à faces centrées (a). Glissement induit par une dislocation parfaite \vec{b} (b) et par une dislocation dissociée en deux dislocations partielles \vec{b}_1 et \vec{b}_2 (c). Faute d'empilement créée par la première partielle (d) et rétablie par la seconde (e).

Si l'on répète le motif atomique, ces triangles forment dans ce plan, un hexagone avec un atome au centre. C'est la figure qu'on obtient en déposant dans le fond d'une boîte le plus grand nombre de balles de ping-pong possible les unes à côté des autres. Il faut imaginer ce motif en trois dimension. Une fois

que le fond de la boîte est tapissé – soit une couche A – si l’on dépose une deuxième série de balles, on verra qu’on obtient le même motif, mais décalé, de sorte que les nouvelles balles iront se loger dans les creux formés par les balles de la couche précédente. Soit une couche B. Pour la troisième couche, cela se complique car il y a un choix à faire. Les balles iront toujours se loger dans les creux de la seconde couche. Mais elles peuvent soit créer une couche d’aplomb avec la première A, soit présenter encore un décalage avec chacune des couches précédentes, soit une couche C. Pour la quatrième couche, il n’y a plus d’ambiguïté, on retrouve forcément l’aplomb avec l’une des trois couches précédentes. D’un point de vue cristallographique, cela change. Lorsque l’empilement qui se répète est ABAB... on obtient dans l’espace une structure hexagonale, et lorsque que c’est ABCABC... une structure cubique à face centrée.

Comme exposé précédemment, la loi régissant la plasticité est que les dislocations glissent sur *les plans les plus denses* et le quantum de déplacement qu’elles effectuent correspond à *la distance la plus courte entre deux atomes* dans ce plan. Dans le cas des structures compactes ABC, ces plans sont ceux que l’on vient d’évoquer avec l’exemple des balles, soit les plans qui contiennent les triangles équilatéraux de la Figure C.2-a, et la direction de glissement est celle des arrêtes de ce triangle : \vec{b} . On note qu’étant donné la symétrie de la structure, il n’y pas qu’une seule façon de construire le triangle de la Figure C.2-a, mais bien *quatre*, qui sont équivalentes et qui forment dans l’espace, un tétraèdre régulier : le « tétraèdre de Thompson » en cristallographie (dessiné à gauche de la structure en 3D de la Figure C.2-a). Les vecteurs que sont les arrêtes du tétraèdre correspondent donc à des mouvements réels dans les cristaux, ceux des dislocations, et que l’on peut d’ailleurs nommer par leurs coordonnées exactes dans l’espace. Mais ne considérons pour cette analogie qu’une face de ce tétraèdre, soit un plan contenant 3 directions de glissement, et ne considérons qu’une seule de ces directions, par exemple l’arrête du bas du triangle.

Je rappelle que le glissement d’une dislocation a l’effet du glissement d’un plan sur un autre, comme on le ferait avec un paquet de cartes à jouer pour le cisailer en deux. Dans cette configuration, le glissement d’une dislocation *parfaite* (donc selon une arrête du tétraèdre) entraîne un mouvement des plans atomiques vers la droite, depuis un sommet du triangle vers l’autre (cf. Figure C.2-b). Ce déplacement d’une distance inter-atomique, une fois qu’il s’est produit, ne se voit plus dans la structure (si le plan était une couche C, il est toujours une couche C après la translation). C’est ce phénomène que l’on observe majoritairement dans ces cristaux. Cependant, si l’on considère la structure en trois dimensions, constituée d’un empilement de ces plans atomiques, il peut paraître moins coûteux d’opérer ce mouvement en deux temps. Au lieu de passer directement *au*

dessus du sommet des balles du dessous – ce qui implique un *travail de déplacement vertical* important – la couche du dessus pourrait se décaler en biais (vers le haut sur la feuille) d'un vecteur \vec{b}_1 , afin de se loger à nouveau dans les creux formés par la couche du dessous (Figure C.2-d), puis à nouveau en biais (vers le bas), d'un vecteur \vec{b}_2 , pour atteindre la même position finale, selon le schéma de la Figure C.2-e.

Dans ce mouvement, la loi qui régit la plasticité n'est pas respectée, puisque ni \vec{b}_1 ni \vec{b}_2 ne correspondent à un quantum de déplacement égal à une distance inter-atomique. Ce n'est qu'*in fine*, après que les deux dislocations soient passées, que l'on retrouve un déplacement conforme.

Ce phénomène est observé dans certains cas. Il nécessite la *dissociation* d'une dislocation parfaite en deux *dislocations partielles* (les « partielles de Shockley »). Mais le problème est qu'il nécessite *deux* dislocations successives, et qu'il n'est pas sûr que la seconde arrive juste après que la première soit passée... Or le déplacement induit par la première a créé un décalage dans l'empilement [ABCABC] du cristal. Le plan qui était, admettons, C, se retrouve en position A, décalant alors tout le bloc "du dessus" par rapport au bloc "du dessous". L'empilement devient [ABCABABC], créant ainsi *une faute d'empilement* [ABA] que seule la seconde dislocation peut annuler. Cette faute dans la structure a un effet : elle est un obstacle à la propagation des autres dislocations, elle crée une barrière, elle durcit la matière.

Voici donc, au moins sur le plan métaphorique, le schéma que l'on peut proposer. Considérant qu'il y a chez la plupart des personnes dites psychotiques, des secteurs de la réalité qui semblent préservés, des moments où la personne n'est pas du tout délirante, des « parties saines » ou des « parties non psychotiques de la personnalité », peut-on considérer que la métaphore paternelle, si elle n'a pas été opérante au sens de Lacan, l'a été au moins *partiellement* ? Peut-on considérer qu'un signifiant s_1 représente le sujet pour un ensemble restreint de signifiants $\{S'_2\}$ inclus dans $\{S_2\}$ (même si $\{S_2\}$ n'est encore reconnu en tant que tel) ? La structure de l'espace dans les psychoses aurait alors la forme de la Figure C.3, c'est-à-dire un espace constitué de domaines dissociés où différents secteurs de la réalité se construisent indépendamment.

La question serait alors de rassembler les espaces $\{S'_2\}, \{S''_2\}...$ afin qu'un signifiant S_1 se dégage de ce rassemblement qui deviendrait alors $\{S_2\}$. A l'instar de la deuxième dislocation partielle dans les cristaux, qui permet de ramener les plans cristallins selon leur structure initiale, peut-on interpréter « l'effet de sens qui ramène un sujet et qui passe par des chemins de traverse », par un deuxième mouvement partiel, qui se "calcule", se met en équation, à partir du premier ?

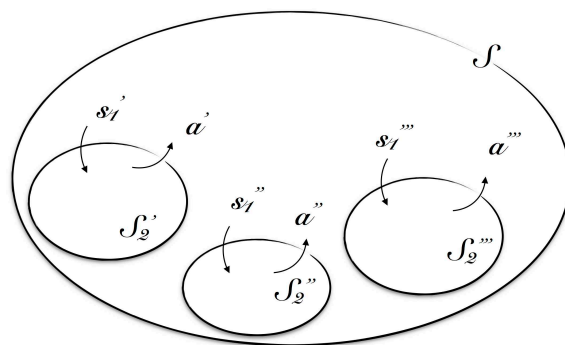


FIGURE C.3 – Structure de l'espace psychotique.

Ce serait le sens du transfert multi-référentiel, que de proposer au sujet l'investissement possible d'une grande diversité d'objets partiels. Pour qu'il y ait rassemblement, le « praticable » où le sujet peut jouer ce nouveau scénario doit communiquer, échanger, avec les domaines $\{S_2'\}$, $\{S_2''\}$ du sujet. Autrement dit, le sujet doit pouvoir se reconnaître dans les praticables et y jouer un rôle afin d'articuler les signifiants S_1 du club à ses propres signifiants s_1' , s_1'' . Ce serait le sens du "calcul" du deuxième mouvement partiel dont le sens peut émerger. La Figure C.4 est une tentative de schématisation des praticables du club (en pointillé). Ils relient des secteurs dissociés de la structure psychotique. Ils sont distincts mais présentent des points de passage de l'un à l'autre.

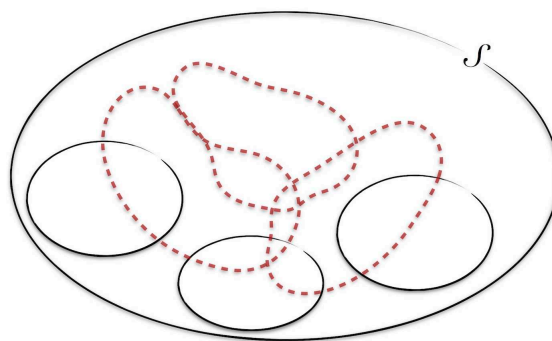


FIGURE C.4 – Structure de l'espace psychotique articulée aux praticables de l'institution.

Soit le sujet se trouve plongé dans une structure qui pré-existe (les divers praticables du club) et parvient à s'y articuler, soit il faut « produire du S_1 » en fonction des signifiants du sujet (par exemple par une « socialisation de la métaphore délirante »). L'objectif étant qu'il puisse se faire une place, se situer dans cet espace signifiant.

C'est une autre façon de comprendre que les praticables doivent être des espaces

délimités (« amicale » au club, « amicale-sortie » où l'on peut sortir seul, « sortie » accompagnée par un animateur, « grande-sortie » avec tous les animateurs, sont bien des moments distincts, délimités par leur contexte propre et la modalité avec laquelle chaque sujet peut y être) et *ouverts* (les signifiants communs permettent de faire une articulation entre ces praticables et de passer de l'un à l'autre tout en les maintenant dans un rapport d'opposition symbolique qui peut alors "ramener" du sens).

Annexe D

Annexe au chapitre 6 - Les différentes approches éthiques et l'éthique de la discussion

Avant de présenter l'éthique de la discussion, il est pertinent de faire un détour par la question de l'autonomie, qui se pose quand on doit décider de quelque chose ou faire un choix. Il y a schématiquement deux façons d'y répondre : décider par soi-même de ce qu'on doit faire et assumer la responsabilité de sa conduite, ou bien faire ce qu'on pense qu'il est bien de faire, selon ce que quelqu'un d'autre a indiqué. C'est la différence entre l'autonomie, une conduite auto-déterminée, et son contraire, l'hétéronomie, une conduite qui est déterminée par une extériorité (par exemple, faire ce qu'il est naturel de faire, ou suivre les commandements de Dieu, ou encore ses parents, la parole des médecins, d'un lieutenant...). Dans la pratique, en particulier dans les situations de vulnérabilité, les choses ne sont évidemment pas si tranchées, et il s'agit plutôt d'un équilibre à maintenir en permanence. De plus, au quotidien de l'activité, on ne se pose pas toujours des questions philosophiques, "que dois-je faire ?" "comment faut-il vivre ?". Mais ce sont des questions de morale qui ont pu trouver au cours de l'histoire des réponses historiquement et culturellement situées, auxquelles nous nous référons parfois sans le savoir et qui ont influencé nos institutions.

Dans cette annexe, nous présentons successivement les éthiques dont l'approche est téléologique, déontologique, et enfin l'éthique de la discussion telle que théorisée par Jürgen Habermas, pour qui l'intersubjectivité est un pré-requis à l'objectivité.

D.1 Approche téléologique

Saisi étymologiquement, le terme d'autonomie (autos-nomos : se donner soi-même sa loi dans l'agir) s'oppose à *hétéronomie*, lorsque la loi est donnée de l'extérieur, par quelque chose qui nous dépasse et nous dicte notre conduite.

Les grecs de l'antiquité, par exemple, pensaient qu'il fallait viser l'harmonie de la nature, dont les lois les mèneraient vers le bon, le juste. Pour eux, l'ordre du vivant – qu'ils appelaient le *cosmos*, parce qu'ils y incluaient les cieux avec le mouvement apparemment immuable et prévisible des étoiles – était finalisé vers le bien ("la nature ne fait rien en vain", "la nature est bien faite"). Le monde où vivent les hommes, dit le monde *sublunaire*, était quant à lui caractérisé par sa contingence, sa corruption, son désordre et son imprévisibilité. Selon Aristote, pour agir moralement dans le monde sublunaire, l'homme doit viser l'harmonie de ce "tout", complexe et beau qu'est la nature : c'est-à-dire qu'en tant qu'il s'inscrit dans l'ordre naturel de choses, il doit suivre les lois de la nature qui le mèneront vers le bon, le juste. C'est donc une *ontologie* (du grec *ontos* : ce qui est), une théorie de l'Être, qui fonde ici la morale.

La plupart des modèles dont le fondement est hétéronomique visent un but, c'est-à-dire qu'ils ont une finalité. On dit qu'ils sont téléologiques. La question décisive est ici "quel est le meilleur état du monde possible?", et la conduite est jugée morale si elle vise ce qui est *bien*, ce qui est *bon*, et ce bien, ce bonheur, se retrouve à l'extérieur de l'homme.

La valeur morale de l'acte est donc définie par les conséquences qu'il induit dans les faits, pas uniquement (on serait alors dans un modèle dit *utilitariste*) mais au moins en partie. Il s'agit donc d'évaluer qualitativement les conséquences de l'action selon les circonstances, de maximiser le bien et minimiser le mal (dans la version extrême du modèle utilitariste, on chercherait à calculer le bien maximum pour un maximum de personnes). Dans cette conception aristotélicienne, ce qui guide l'action vers cette finalité sont les vertus cardinales de prudence, de courage, de tempérance et de justice (trouver « le juste milieu entre un vice par défaut et un vice par excès » *E.N.*, comme le « courage » sur la crête des pentes menant à la lâcheté et à la témérité). C'est par la raison qu'il trouve cette position, car ce qui fait la spécificité de l'homme au sein de la nature, selon Aristote, est le *logos*, qui signifie le langage mais aussi la raison en grec. Pour lui, c'est donc la raison pratique (la *praxis*) qui guide l'homme vers le comportement vertueux, au travers d'un calcul, d'un ajustement proportionnel à chaque situation. L'homme doit, par la raison, décrypter le monde naturel dans lequel il s'inscrit pour en suivre les lois, et construire ensuite les lois justes de la cité politique dans laquelle il vit.

On retrouvera plus tard dans l'Histoire une autre conception hétéronomique avec le christianisme – dont découlera le modèle de la charité – et qui sera pré-

gnante dans le domaine du soin. Cette conception n'est plus d'actualité dans nos établissements laïques, car on ne soigne plus par amour – *agapé* – où l'on aime son prochain comme soi-même mais par *respect* de la dignité de la personne... Comme le philosophe Eric Fiat le dit avec un certain humour dans ses conférences, la *Pitié*, l'*Auberge du bon samaritain*, l'*hospice des soeurs du bon secours* ont cédé la place aux *Myosotis*, *Au bon temps* ou à la *MAS*. La « Charte du patient hospitalisé » remplace le crucifix au même endroit du couloir dans l'entrée.

Cette conception, distincte de l'autonomie, est encore très présente dans nos institutions. Concernant le soin et l'accompagnement, les principes qui sont prépondérants dans ces modèles sont la *bienveillance* et la *non-malfaisance* (au contraire de l'*autonomie* et la *justice* pour les modèles déontologiques). L'accompagnement y est paternaliste, c'est-à-dire qu'une autorité bienveillante conseille ou prend des décisions "au bénéfice de la personne"; l'archétype en est la responsabilité parentale. Dans le domaine du soin, cela n'empêche pas, bien sûr, le "consentement éclairé" mais c'est tout de même différent de l'autodétermination. La mise sous tutelle en est un exemple. Et au niveau politique, nous en connaissons bien d'autres, par exemple lorsque l'état intervient en se substituant à la providence pour protéger les personnes les plus vulnérables afin qu'elles ne soient pas victimes de la loi du plus fort. Ou encore, lorsqu'il est plus franchement paternaliste, et ne se pose plus seulement en garant des droits et libertés des individus, mais qu'il agit au nom de leur bien-être (port du casque, de la ceinture de sécurité, manger 5 fruits et légumes par jour, ne pas donner de fessée aux enfants...).

L'association décrite dans le chapitre 6 s'inscrit assez naturellement dans cette approche paternaliste puisqu'elle s'adresse à un public de personnes vulnérables – d'une part par leur pathologie et par ailleurs par la société ordinaire – et pour lequel il est nécessaire d'avoir accès à des espaces protégés. La bienveillance de chacun est mise à contribution pour penser leur bien-être. Cela peut-être la tutelle, les parents, les éducateurs aussi. Mais ces derniers sont aussi subordonnés à leur hiérarchie, hiérarchie qui suit les directives de la direction générale, elle-même contrainte par de nouvelles lois, des injonctions en vue de certification, etc. Des prescriptions qui visent toujours un bien général et auxquelles s'ajoutent les recommandations particulières. Au bien général "être en bonne santé" s'ajoutent ainsi les recommandations particulières des steak hachés cuits à coeur ou du melon sorti du frigo, une consommation de soda limitée, un brossage de dents après chaque repas, rasage et douche tous les matins, pas de poussière sous les armoires.... Chaque strate répercutant ses consignes du bien-vivre, on comprend que le système dans son ensemble puisse facilement se rigidifier, et tendre vers la solution la plus naturelle : un paternalisme familial,

mêlé d'affection et d'autorité, qui vise le bien-être de l'autre.

Le problème est que le bien-vivre n'est pas forcément bien-traitant. On perçoit vite le risque que cette attitude soit vécue comme infantilisante, ou le devienne, pour la personne dont la capacité à faire des choix, à prendre des décisions, s'érode lorsqu'elle est éludée au travers de règles de vie pensées par d'autres. Protéger exagérément une personne, en évitant de l'exposer à toutes situations à risque et en la maintenant exclusivement dans sa zone de confort, ne lui permet pas d'acquérir de nouvelles capacités, ni de démontrer celles que l'on ne soupçonne pas chez elle. Or nous avons vu qu'il ne s'agissait pas de risques inconsiderés. On n'apprend pas à nager en se jetant à l'eau : on se noie... mais les éducateurs le savent. Alors est-il juste d'appliquer un principe de précaution aux sorties piscine ? C'est une question de « gestion des risques » que les éducateurs résolvent généralement en demandant une autorisation à la direction, qui tranche ou demande une décharge au tuteur ou aux parents. C'est oui, ou c'est non, rarement argumenté, et jamais dans l'immédiateté d'une situation spontanée qui se présente. Trop tard pour ce coca que Martine aurait pu prendre avec Léo rencontré par hasard à la médiathèque, elle a dit qu'elle rentrait avant 17h, les éducateurs vont s'inquiéter, de toutes façons elle n'a pas demandé d'argent avant de partir, et elle se voit mal ramener la facture d'un soda avec sa récente prise de poids. De toutes façons, on lui a bien expliqué que c'était pour son bien... Certains ont plus de chance, ils ont obtenu récemment d'avoir de l'argent de poche sans avoir à le justifier par les tickets de caisse : « Je fais ce que je veux et je ne te le dirai pas », le droit à une certaine opacité. La possibilité de la liberté : « Tu ne sais plus tout de moi et je te réserve des surprises ». Encore faudrait-il que nous, accompagnants et soignants, reconnaissons l'incertitude liée à tout acte de la vie, comme simplement humaine, et acceptions d'être dérangés dans l'ordre bien établi que nous avons construit pour leur bien.

Un équilibre est à penser entre la protection et l'autonomie, et il est d'autant plus urgent à mettre en oeuvre si la personne aspire explicitement à davantage d'autonomie et se heurte à des mesures, soi-disant de protection. Il ne s'agit donc surtout pas de choisir entre un modèle paternaliste, protecteur et bienfaisant, ou un modèle d'autonomie, fondé sur le respect de la liberté de l'individu, mais de les mettre constamment en tension, afin de ne pas dériver vers l'un de ces deux pôles, sachant que la tendance naturelle sera de glisser vers le pôle paternaliste. Si une jeune résidente, en couple depuis plusieurs années, exprime le désir d'avoir un enfant – ce à quoi sa mère sourit – et qu'on lui donne tous les matins la pilule sans qu'elle sache à quoi cela correspond, que fait-on ? La question éthique "Que dois-je faire ?" se pose parfois de façon urgente. Il est rare qu'une seule personne, de son point de vue forcément partiel, puisse concilier

la bienfaisance et l'autonomie avec justesse, fut-elle cadre, comme on dit, "décisionnaire", ou parent ; la conscience morale ne se loge pas dans un statut. Alors, comment concilier la protection d'un être vulnérable et sa considération comme mon égal en droit, dont je respecte la façon qu'il a de gérer sa vie ? Face à de tels conflits du devoir, où plusieurs versions du bien s'affrontent, il paraît prudent de mener la réflexion à plusieurs, où parents, tutelle, éducateurs, soutiendraient conjointement la possibilité d'un choix raisonné de la personne la plus concernée.

D'ailleurs, au cours de l'histoire, cette conception de l'homme visant un souverain bien, a évolué, pour progressivement laisser place à un sujet plus autonome.

D.2 Une nature sans finalité

Historiquement, la période de la Renaissance est marquée par de grandes découvertes, dont la conséquence a été de remettre en question la conception hétéronome de l'homme. Une certaine autonomie devient possible lorsqu'en 1450, Gutenberg invente l'imprimerie, donnant, au contraire de la transmission orale, un rapport direct et non interprété au texte : chacun peut avoir sa propre lecture d'Aristote, ainsi que de la Bible, dont le contenu est directement accessible (et sera remis en question au sein de l'église par la Réforme). Le monde s'élargit lorsque Christophe Colomb découvre l'Amérique en 1492. Vers 1610, Galilée confirme la supposition de Copernic (mort en 1543) et remet en cause le géocentrisme : le cosmos n'a donc plus l'organisation qu'on lui supposait et la terre n'est plus qu'un élément parmi d'autres de l'univers. Descartes (1596-1650) enfin, propose une vision mécanique et matérielle du monde, où la nature, faite de matière et mouvement, est muette sur l'homme et laisse le sujet en proie au doute.

C'est le début de l'individualisme, et l'invention du sujet autonome, mais en même temps celui de l'angoisse, car l'homme se retrouve seul, sans point d'appui. Le 18^e siècle sera alors celui de la lutte contre l'ignorance et l'obscurantisme, où la lumière des connaissances remplacera l'illumination divine. Le sujet, affranchi des tutelles et des sujétions, ne saurait être gouverné par nul autre que par lui-même. Mais comment vivre ensemble si chacun est autonome ?

D.3 Approche déontologique

Dans ce siècle des Lumières, se pense alors, à l'opposé de ces modèles téléologiques qui visent l'harmonie et le bonheur, ceux qui sont fondés sur une morale du devoir (dit déontologiques, de *déontos* : ce qui doit être). Dans cette conception, la valeur morale d'un acte ne se justifie pas par ses conséquences singulières, mais par des principes universels d'action. Aucune finalité externe

ne peut justifier un acte. Dans la conception déontologique, "la fin ne justifie pas les moyens". Le *juste* prime sur le *bien*, sur la recherche du bonheur. La loi de la nature est aussi la loi du plus fort et le monde tel qu'il est n'est peut-être pas si bon qu'il doive être pris comme un idéal. L'homme doit alors s'imposer des règles de conduite, il doit les produire, les faire advenir indépendamment des lois de la nature ou de Dieu, c'est-à-dire en auto-nomie. C'est cette conception autonome de l'homme qui prévaut au 17^e et 18^e siècle.

Ce qui compte alors dans le jugement moral, c'est d'avoir fait son devoir, selon des principes fermes qui fondent leur valeur sur leur *universalité* et leur *intemporalité*. Il n'y a qu'un impératif pour Kant et il est catégorique : « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle »⁴⁰⁰ – ou, autre formulation, « Agis de telle façon que tu traites l'humanité en toi et en tout autre toujours comme une fin et jamais seulement comme un moyen ». Agir de sorte que l'on puisse vouloir que tous les autres en face de même, cela signifie, par exemple, ne pas mentir, car je ne puis désirer vivre dans un monde de menteurs, tenir sa promesse, quelles qu'en soient les conséquences. Dire que cet impératif moral est catégorique, c'est signifier que c'est un "je dois" inconditionnel : un commerçant ne doit pas être honnête par calcul, *afin* de conserver ses clients, ni seulement parce qu'*il se doit* être honnête *afin* d'être conforme à la morale, mais parce qu'il *veut* être honnête, par un pur vouloir d'être bon, une volonté d'agir par devoir. C'est une volonté libérée de déterminants extérieurs, libérée de toutes "bonnes raisons d'agir". Kant s'inspire de la conception de la liberté de Jean-Jacques Rousseau, pour qui vivre en société implique de renoncer à une partie de sa liberté (celle qui incite à suivre la pente de ses désirs les plus naturels, mais aussi les plus sauvages) pour gagner, en contrepartie, une sécurité civile garante d'une liberté bien plus grande.

« [Une liberté morale] qui seule rend l'homme vraiment maître de lui ; car l'impulsion du seul appétit est esclavage, et l'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite est liberté. »⁴⁰¹

Paradoxalement, c'est donc en obéissant qu'on devient libre. Mais en obéissant à une loi que l'on produit soi-même, par sa volonté.

C'est donc une "volonté bonne sans restriction" (sans rapport avec le but, le bien ou le bon) qui guide l'action et pas la recherche du bonheur. Et cette volonté d'agir conformément à un devoir universalisable confère à l'homme sa dignité, une dignité qui force au respect.

Selon Kant, c'est d'ailleurs l'un des éléments qui distinguent les personnes des

400. KANT, E., *Fondements de la métaphysique des mœurs (1785)* - Trad. V. Delbos, Delagrave - Paris, 1957, p. 137.

401. ROUSSEAU, JEAN-JACQUES, *Du contrat social (1762)*, Beaulavon, 1903, p. 137.

choses, comme les plantes, les animaux, les objets : les choses ont un prix, les personnes, une *dignité*, et celles-ci sont aussi inévaluables, irremplaçables et non échangeables. C'est dans ce sens que s'entend le mot dignité, dignité de l'homme, que l'on retrouve dans nos chartes et droits actuels. Les choses sont le moyen de nos actions tandis que les personnes sont des fins en elles-mêmes (le monde des hommes est *le règne des fins*). L'humain est "hors du monde des choses", car il est le seul à produire lui-même la règle de son action. Il est autonome, au contraire des animaux qui sont hétéronomes, au sens où ils suivent les lois de la nature, leurs penchants naturels.

Finalement, l'autonomie, telle que Kant la formalise, c'est obéir à sa raison plutôt que s'assujettir à la loi d'un autre. À la question "Qu'est-ce que les Lumières" ⁴⁰², Emmanuel Kant répond « Sapere aude ! » : Ose penser, aie le courage de te servir de ton propre entendement.

Cette éthique du devoir demande rigueur, renoncement, et distance par rapport à ses désirs et inclinations. Elle est aussi celle de la responsabilité de ne pas se laisser aller à la fatalité « par paresse ou lâcheté ». Elle a influencé tous les états démocratiques, partagés entre un pôle républicain (le peuple est souverain par ses décisions libres, ses positions autonomes) et un pôle qui fixe les lois conditionnant l'exercice de cette liberté (les lois de liberté, les droits de l'homme). Mais nos décisions sont-elles réellement libres ? Chacun de nous, *en sa conscience*, est-il à même de raisonner selon l'impératif catégorique afin de limiter l'exercice de sa liberté ? Au cours du 19^e siècle, les "grands maîtres du soupçon" que sont Marx, Nietzsche et Freud remettent en cause le libre-arbitre en ébranlant le caractère égologique de la conscience. Pour Marx, la morale ne traduit que des préjugés bourgeois qui reflètent les intérêts d'une classe dominante. La liberté n'est qu'une illusion. Ce n'est que par la prise de conscience et la transformation de ses conditions matérielles d'existence que le peuple accèdera à une nouvelle conscience d'elle-même. Pour Nietzsche, les valeurs morales ne sont que des inventions d'une masse d'hommes faibles face aux ressentiments qu'ils éprouvent pour les hommes d'exception. Ce que leur dicte leur conscience n'est pas plus valable que la morale de ces quelques autres. Et pour Freud, bien sûr, la conscience n'est pas libérée de déterminations inconscientes puisque "le moi n'est pas maître en sa propre demeure" : Nos actions conscientes ne sont pas libres.

L'éthique du discours est une des réponses à cette critique de l'approche kantienne qui repose sur la conscience *en chacun* de nous, une conscience qui ne se ferait pas nécessairement l'écho du devoir. Mais avant de l'aborder, voyons dans

402. KANT, E., « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? (1784) », Trad. J.F. Poirier et F. Proust, Garnier-Flammarion 1991.

quelle mesure la dichotomie téléologique (fondé sur le calcul aristotélicien des conséquences) et déontologique (des principes d'action catégoriques) n'est pas aussi tranchée dans les faits. Elle est toujours une source de tension pour notre conscience morale et ces deux pôles gagnent à être vus comme complémentaires.

D.4 Bipolarité et complémentarité des approches

La tension entre la conscience morale téléologique, hétéronomique, calculant les conséquences de cas singulier, d'une part et déontologique, de grands principes universels, d'autre part, est présente dans tous les états démocratiques.

En France, cette bipolarité est quasiment inscrite dans la constitution de 1958 de la V^e république, dans son préambule qui contient deux textes : la déclaration des droits de l'homme de 1789 et le préambule de la constitution de 1946. Ces deux textes sont très différents : celui de 1789 concerne des droits-liberté, des *droits de* faire certaines choses (circuler, voter...), tandis que celui de 1946, reprenant les ordonnances de création de la sécurité sociale de 1945, énonce des *droits à* certaines choses qui *permettent de...* (revenu décent, soutien à la femme enceinte, allocations familiales...), c'est-à-dire des *droits-créances* auxquels la personne a droit et que l'état doit lui assurer. Cela montre deux finalités de l'état : d'une part on crée l'état pour défendre les libertés individuelles, punir ceux qui y portent atteinte, ainsi que l'égalité des droits, et d'autre part, après 1789 et au cours du 19^e siècle, le débat porte sur les moyens de réaliser ces droits-liberté. Par exemple que penser de la liberté de la presse si les gens sont analphabètes ? Avec les lois Jules Ferry, en 1881, l'école devient laïque, publique, gratuite et obligatoire pour les enfants. Ce n'est pas un *droit à* l'école, c'est la construction d'écoles, la réalisation. On passe des droits formels, des grands principes, aux droits réels, aux choses concrètes qui permettent d'exercer les droits. En se substituant à la providence pour prendre en charge les risques de l'existence, l'état prend en charge le bien-être des individus : avec l'extension des droits-créances aux droits sociaux, on a aussi droit à une assurance maladie, une retraite. C'est une autre dimension de l'état (la fraternité, la solidarité), où l'état se fait protecteur et donne des biens aux plus vulnérables. Régime bipolaire, donc. Dans les sociétés démocratiques, tous les partis reconnaissent ces deux pôles (gauche/droite en France, démocrates/républicains aux États-Unis, conservateurs/travaillistes en Grande Bretagne...), chacun accentuant selon sa sensibilité la priorité aux libertés (d'entreprendre, par exemple, mais avec le garde-fou de l'atteinte à liberté des autres) ou à une intervention de l'état plus providentielle sur des droits réels. Ce qui crée une tension... de même que dans notre conscience individuelle. Mais une tension qui est nécessaire et caractérise les états démocratiques : elle n'existe pas dans les états totalitaires où il n'y a pas d'opposition.

Cela signifie que lorsque les hommes produisent leurs propres règles de droit, ils ne visent pas uniquement l'établissement de règles pour gérer la vie en société, mais également une finalité. Ils leur donnent un enjeu moral : celle d'améliorer les hommes, de produire du bien. Il y a cette supposition que le droit produit une moralisation des hommes. Lui donnant cette finalité, le droit n'est plus seulement déontologique, mais aussi téléologique : *est-ce que cette loi est juste ?* signifie *est-ce que cette loi est bonne ?*, c'est-à-dire rend l'homme meilleur. L'affaire Perruche illustre le débat entre le *droit naturel*, qui a une fonction téléologique, et le *droit positif*, ou le positivisme juridique, qui concerne la construction de règles, de grands principes à appliquer⁴⁰³.

Les travaux de Paul Ricoeur reflète cette intrication, qu'il a vécue dans ses recherches philosophiques : il part de Kant puis découvre que nos actes volontaires et moraux ne sont pas autonomes, que notre conscience morale n'est pas si transparente à elle-même, qu'elle est soumise à de l'extériorité, de l'hétéronomie. Il faut donc trouver une conjonction entre cette vision de l'homme autonome et la réalité de nos actes moraux dans un réel qui nous échappe. On croit faire le bien, selon de bonnes intentions, des principes, et les conséquences sont le contraire de ce qu'on voulait. Pour Ricoeur, la *faillibilité de la volonté* correspond à des moments différents de la conscience où il y a une complémentarité entre l'hypothèse kantienne, qui pense l'universel, et le comportement moral qui consiste

403. Nicolas Perruche est un enfant dont la mère a développé des signes de rubéole en début de grossesse. Une erreur d'appréciation des symptômes du médecin semble indiquer qu'il n'y a pas de danger. Des analyses complémentaires sont mal interprétées, et indiquent qu'elle ne court aucun risque. Par ailleurs, elle avait précisé vouloir une interruption volontaire de grossesse si c'était le cas, ce qui était un droit auquel de fait elle n'a finalement pas pu recourir. Rassurée, elle poursuit la grossesse, mais l'enfant naît avec de multi-handicaps nécessitant une grosse prise en charge. La famille attaque alors en justice les médecins et la faute est qualifiée par la cour de cassation : non seulement il y a un préjudice pour les parents d'avoir un enfant handicapé lié à la faute des médecins, mais en plus il y a un préjudice pour l'enfant d'être né handicapé. En terme de droit positif, de positivisme juridique : le défaut d'information, information qui aurait évité ces préjudices – car en connaissance de cause elle avait indiqué vouloir une IVG – justifie une indemnisation. Au niveau du *droit naturel*, cependant, il ne suffit pas qu'une décision soit légale pour qu'elle soit juste : l'affaire soulève des débats houleux auxquels prennent part des personnes handicapées, qui ne sont pas d'accord avec le fait de "considérer le handicap comme un préjudice", position qui fonde la plaidoirie du procureur général. Ce qui est en jeu relève de deux interprétations du droit : il y a une victime d'un préjudice, une recherche des causes... un droit à indemnisation. Mais il y a aussi la *finalité du droit*, qui relève du message qui est passé dans la société avec cet arrêt de la cour : un enfant handicapé est un préjudice pour ses parents, mais aussi un préjudice pour lui-même au point même où il vaudrait mieux qu'il soit mort que vivant. On peut être dans le légal et être injuste. Or on attend aussi du droit qu'il *produise* une société vivable, une société bonne ! Au travers de droits universels, naturels. Sans prendre partie dans cette affaire complexe, elle illustre bien l'écart entre le légal et le légitime. Avant l'arrêt Perruche, des cas similaires (erreur d'amniocentèse) avaient été résolus par le conseil d'état en attribuant une somme d'argent pour aider les parents dans la prise en charge de l'enfant et son éducation. Le raisonnement était différent : on ne considérait pas que c'était un préjudice pour les parents ou pour l'enfant, mais que cela occasionnait des dépenses supplémentaires. Après l'arrêt Perruche, il y a même eu considération de préjudices pour les frères d'un enfant handicapé.

à regarder le réel dans sa complexité, son opacité, et qui fait des calculs, des ajustements au cas singulier. C'est un équilibre dialectique.

Concernant cette complémentarité dans l'éthique du soin, il s'agit de vivre cette tension comme "une conscience inquiète", un éveil constant. Tension entre la bienfaisance, le paternalisme, la vie réelle des personnes, et le devoir à accomplir, le respect de choix de vie du patient, comme une personne libre, autonome, qui gère sa vie. C'est cette tension qui empêche un des pôles de dériver vers son extrême. Sinon l'empathie devient une pitié infantilisante :

« Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir affaire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper - un enfant à consoler, non pas à abuser - un enfant à sauver, ou simplement à guérir à travers l'inconnu des péripéties. »⁴⁰⁴

Le respect de l'autonomie tempère le paternalisme, et limite la dérive vers la bienfaisance. Réciproquement, si la bienfaisance, l'empathie devant l'homme souffrant, ne venait pas tempérer le respect de la liberté de l'autre, on aurait aussi une relation immorale, une relation abstraite, désincarnée, qui va vers l'indifférence, le formulaire. Cette tension est une richesse, il faut l'admettre et ne pas chercher à y échapper, sauf à glisser vers le pôle que l'on a choisi. C'est la même chose pour les institutions qui se laissent glisser vers un totalitarisme mou et indolore...

D.5 L'éthique de la discussion d'Habermas

C'est dans *Morale et communication* (1983) que Habermas met en oeuvre sa théorie de l'agir communicationnel pour fonder une éthique de la discussion. L'ouvrage qui suivra plus tard, *De l'éthique de discussion* (1991), constitue davantage une réponse aux critiques de sa théorie. L'éthique de la discussion d'Habermas s'inscrit dans sa forme et dans ses fondements, dans la suite de l'éthique de Kant. Elle est déontologique, cognitiviste, formaliste et universaliste⁴⁰⁵.

404. PORTES, LOUIS, *À la recherche d'une éthique médicale*, Presses Universitaires de France, 1954, p. 163.

405. Cf. HABERMAS, JÜRGEN, *De l'éthique de la discussion*, (1991) - trad. M. Hunyadi, ed. du Cerf, 1992, p. 17 : Elle est *déontologique* parce qu'elle fait primer le juste sur le bien, la question étant d'expliquer la validité prescriptive de commandements ou de normes d'action ; elle est *cognitiviste* dans le sens où la justesse des normes est conçue comme une prétention à la validité analogue à la vérité ; elle est *formaliste* car c'est un principe formel qui assume le rôle d'un principe de justification des normes (l'impératif catégorique pour Kant, *D* et *U* pour Habermas) ; Elle est *universaliste* car elle vaut de façon universelle et n'exprime pas seulement les intuitions d'une culture ou d'une époque donnée.

Mais alors que chez Kant, le principe d'universalisation est l'impératif catégorique, auquel *chacun* doit soumettre ses maximes à l'épreuve, pour Habermas, en revanche, ce n'est plus dans un monologue, mais au travers d'une discussion, voire d'une discussion publique avec tous les autres (dans une société idéalement démocratique), que les normes trouvent leur fondement.

Pour Habermas, afin d'être valable, une norme doit satisfaire le principe d'universalisation, qu'il appelle le principe « U » :

« Les conséquences et les effets secondaires qui (de manière prévisible) proviennent du fait que la norme a été *universellement* observée dans l'intention de satisfaire les intérêts de *tout un chacun* peuvent être acceptés par *toutes* les personnes concernées (et préférés aux répercussions des autres possibilités connues de règlement). »⁴⁰⁶

Ce principe moral est une règle d'argumentation qu'il s'agit de conduire *réellement*. C'est en ce sens qu'il se distingue de l'impératif kantien qui présuppose que les individus peuvent adopter, sans déformation de perspective induite par leurs intérêts personnels, la place ou le point de vue d'un autre et parvenir à un jugement d'universalité en leur for intérieur :

« On perçoit, toutefois, si l'on a présent à l'esprit le fait que les exigences normatives de validité ont pour fonction de coordonner l'action dans la pratique communicationnelle quotidienne, pourquoi il est impossible, par voie monologique, de venir à bout des problèmes qui doivent être résolus dans les argumentations morales, et pourquoi ceux-ci exigent un effort de coopération. »⁴⁰⁷

Dans ce même sens, elle se distingue également de la proposition de John Rawls où des participants peuvent prendre par eux-mêmes différentes positions sous une *voile d'ignorance*. Cette entente devant résulter d'une volonté commune, « il ne suffit même pas que tous les individus procèdent, chacun dans son coin, à cette délibération, pour qu'ensuite on enregistre leur suffrage »⁴⁰⁸. Il reformule l'impératif catégorique selon une suggestion d'un de ces traducteurs :

« Au lieu d'imposer à tous les autres une maxime dont je veux qu'elle soit une loi universelle, je dois soumettre ma maxime à tous les autres afin d'examiner par la discussion sa prétention à l'universalité. Ainsi s'opère un glissement : le centre de gravité ne réside plus dans ce que chacun peut souhaiter faire valoir, sans être contredit, comme étant une loi universelle, mais dans ce que tous peuvent unanimement reconnaître comme une norme universelle. »⁴⁰⁹

406. HABERMAS, *Morale et communication*, *op. cit.* (cf. n° 352), p. 86.

407. *Ibid.*, p. 88.

408. *Ibid.*

409. Thomas McCarthy, *The critical theory of Jürgen Habermas*, The MIT Press, 1978, p.326, cité par *Ibid.*

Le principe « U » permet de fonder la norme sur son caractère universel, mais il n'épuise pas l'idée d'*impartialité*, dans la mesure où les participants discutent sur la base de leurs savoirs actuels. La question se pose toujours de son application dans une situation particulière, et dans ce sens un *principe d'adéquation* doit être ajouté au principe d'universalisation. Cela signifie qu'il faut admettre une *réserve faillibiliste* où « on se tient sous la réserve du potentiel critique d'un savoir à venir meilleur, c'est-à-dire en regard de l'histoire, sous la forme de nos processus d'apprentissage propres et non anticipables »⁴¹⁰. Mais cette réserve doit s'expliquer par la finitude de notre savoir actuel et pas par sa faillibilité :

« La réserve d'incomplétude ne s'explique pas par le provincialisme cognitif en regard d'un savoir à venir meilleur, mais par le provincialisme existentiel en regard des modifications historiques des objets eux-mêmes – donc des contextes dans lesquels les actions à venir doivent être déterminées par des règles acceptées maintenant. »⁴¹¹

Le principe « U » est un principe de justification des normes. Les normes *pouvant* être justifiées, c'est le principe « D », le principe de discussion, qui sous-tend l'éthique de la discussion :

« Selon l'éthique de la discussion, une norme ne peut prétendre à la validité que si toutes les personnes qui peuvent être concernées sont d'accord (ou pourraient l'être) en tant que *participants à une discussion pratique* sur la validité de cette norme. »⁴¹²

Les *présuppositions incontournables* (ce ne sont pas seulement des conventions) que contiennent ce principe ont été formulées par les règles de discussion suivantes (par le philosophe et juriste Robert Alexy⁴¹³), en ce qui concerne le *processus* de la discussion :

- (3.1) Tout sujet capable de parler et d'agir doit pouvoir prendre part à des discussions.
- (3.2) a. Chacun doit pouvoir problématiser toute affirmation, quelle qu'elle soit.
b. Chacun doit pouvoir faire admettre dans la discussion toute affirmation, quelle qu'elle soit.
c. Chacun doit pouvoir exprimer ses points de vue, ses désirs et ses besoins.
- (3.3) Aucun locuteur ne doit être empêché par une pression autoritaire, qu'elle s'exerce à l'intérieur ou extérieur de la discussion, de mettre à profit ses droits tels qu'ils sont établis en (3.1) et (3.2).

Habermas précise que dans la réalité, nous devons nous contenter d'approximations de ces règles, même si elles sont constitutives d'une pratique argumentative. Ce sont des présuppositions pragmatiques « que nous faisons tacitement et

410. HABERMAS, *De l'éthique de la discussion*, *op. cit.* (cf. n° 405), p. 130.

411. *Ibid.*

412. *Idem*, *Morale et communication*, *op. cit.* (cf. n° 352), p. 87.

413. R. Alexy, *Eine Theorie der praktischen Diskurses*, 1978, cité par *Ibid.*, p. 110.

dont nous avons une conscience intuitive »⁴¹⁴, même si celles-ci peuvent avoir un caractère contrefactuel :

« Étant donné que les discussions sont soumises à des limitations spatio-temporelles et qu'elles adviennent dans des contextes sociaux, étant donné que les participants à l'argumentation ne sont pas de purs esprits et qu'ils sont aussi poussés par des mobiles autres que le seul qui soit recevable (rechercher en commun la vérité), étant donné que les thèmes et les contributions doivent être mis en ordre, que le début, la fin et la reprise des débats doivent être soumis à la réglementation, que les domaines de pertinence doivent être garantis, que les compétences doivent être évaluées, il faut donc bien qu'il y ait des dispositions institutionnelles qui soient prises afin de neutraliser à la fois les réductions empiriques inévitables et les influences extérieures et intérieures, évitables, de sorte que les conditions que les participants à l'argumentation présupposent, toujours idéalement, puissent être au moins remplies dans une approximation satisfaisante. »⁴¹⁵

L'éthique de la discussion elle-même peut alors se ramener au principe « D » exprimé sous la forme restreinte :

« Ne peuvent prétendre la validité que les normes qui sont acceptées (ou pourraient l'être) par toutes les personnes concernées en tant qu'elles participent à une discussion pratique. »⁴¹⁶

414. HABERMAS, *Morale et communication*, *op. cit.* (cf. n° 352), p. 112.

415. *Ibid.*, p. 113.

416. *Ibid.*, p. 114.

Index

- Bassins d'attraction, 9, 10, 20, 23, 24, 28, 54, 136, 232, 233, 237
- Cellules, 104, 105, 107, 115–118, 185, 235, 236
- Charge, 130, 131, 220–222, 237, 249
- Cohérence, 91–93
- Collectif, 31, 153, 154, 158, 161, 287
- Dislocations, 94, 100, 101, 104, 105, 127, 218, 219, 288–290
- Empowerment, 51, 57, 68–73, 88, 233, 237, 240
- Energie bloquée, 101, 105, 107, 118
- Energie d'activation, 10, 104, 113, 127
- Force motrice, 9, 11, 20, 117–119, 129, 214, 236
- Fragments, *voir* Cellules
- Germes, 115–117, 185
- Métastabilité, 9, 10, 96, 101, 112, 113, 116, 117, 119, 124, 126–129, 135, 136, 183–186, 227, 228, 235
- Mobilité, 11, 117–119, 236
- Murs, 104, 107, 117
- Orientations, 105–108, 111, 179, 180, 234
- Parois, *voir* Murs
- Paysage existentiel, 54, 55, 129, 136, 155, 232, 233, 236, 237, 249
- Plasticité institutionnelle, 137, 179, 183, 186, 187, 220–222, 237–239, 250
- Positions existentielles, *voir* Paysage existentiel
- Praticables, 170–172, 179, 180, 182, 249, 292
- Puits de potentiels, *voir* Bassins d'attraction
- Rapport au monde, 105, 107, 108, 125, 128, 235, 247
- Recristallisation, 64, 112–115, 127, 129, 185, 235
- Restauration, 113, 118, 119, 127–129, 235
- Surface de charge, 220, 221
- Texture, 98, 110–112, 117, 120, 121, 127, 133, 134, 179–181, 232, 234, 246

Résumé / Abstract

Rétablissement, Texture psychique et Plasticité institutionnelle - Approche interdisciplinaire des processus de changement -

Résumé. Ce travail s'inscrit dans un espace de recherche clinique interdisciplinaire, à un croisement entre la psychanalyse et les sciences physiques. Il prend pour objet le « rétablissement » de la psychose, décrit par les personnes qui en ont traversé l'épreuve comme une transformation subjective, non-linéaire et irréversible, où la maladie, toujours présente, n'est plus centrale dans une vie maintenant soutenue par d'autres centres d'intérêts. L'approche interdisciplinaire a permis de faire un pas de côté pour saisir ce que pouvait être les grandes lignes d'une telle transformation et d'en retracer les conditions de possibilité. L'identification des facteurs internes et externes impliqués dans les processus de transformation naturelle nous a conduit par analogie à préciser des facteurs individuels et surtout environnementaux les plus susceptibles de favoriser le processus de rétablissement. Partant de la notion de « plasticité », nous avons tout d'abord proposé d'adjoindre à la notion de structure celle, issue de la physique, de « texture » psychique, qui caractérise la trace d'un « rapport au monde » dans l'actuel, singulier et évolutif, à la manière d'un texte qui s'actualise de manière vive en fonction des rencontres avec le monde réel. La transformation texturale que constitue le rétablissement, en tant qu'on le considère comme le passage d'une position existentielle à une autre, peut alors être décrit comme un processus non-linéaire de germination d'une nouveauté dans un environnement « métastable » où est introduit une perturbation. Cette transformation individuelle modifiant l'environnement même qui a permis son occurrence, nous introduisons la notion de « plasticité institutionnelle » pour décrire la qualité d'une institution qui serait en capacité de soutenir ce mouvement psychique. Cette qualité du lieu à se laisser affecter par ceux qui le traversent est illustrée par deux exemples d'institutions contrastés, l'une travaillant selon l'approche de la psychothérapie institutionnelle et la seconde selon une approche plus traditionnelle.

Mots clés. Rétablissement - Psychiatrie - Plasticité - Institutions

Recovery, Psychic texture and Institutional plasticity - Interdisciplinary approach to change processes -

Abstract. This work is an interdisciplinary clinical research, at the crossroads of psychoanalysis and the physical sciences. It investigates the "recovery" in psychosis, described by people who have gone through this ordeal as a subjective, non-linear and irreversible transformation, where the disease, always present, is no longer central in a life now supported by other areas of interest. The interdisciplinary approach made it possible to step aside to grasp what could be the main lines of such a transformation and to trace its conditions of possibility. The identification of the internal and external factors involved in natural transformation processes led us, by analogy, to specify the individual and above all the environmental factors most likely to favor the recovery process. Starting from the notion of "plasticity", we have first proposed to add to the notion of psychic structure the physical notion of "texture", which characterizes a "relationship to the world" in the actual, and which is singular and evolutive, in the manner of a text that is updated in a lively manner according to encounters with the real world. The textural transformation of recovery, considered as the transition from one existential position to another, can then be described as a non-linear process of germination of a novelty in a "metastable" environment where disturbances are introduced. This individual transformation modifying the very environment that allowed its occurrence, we introduce the notion of "institutional plasticity" to describe the quality of an institution that would be able to support this psychic movement. This quality of the place to be affected by those who cross it, is illustrated by two examples of contrasting institutions, one working according to the « institutional psychotherapy » approach and the second according to a more traditional approach.

Key words. Recovery - Psychiatry - Plasticity - Institutions